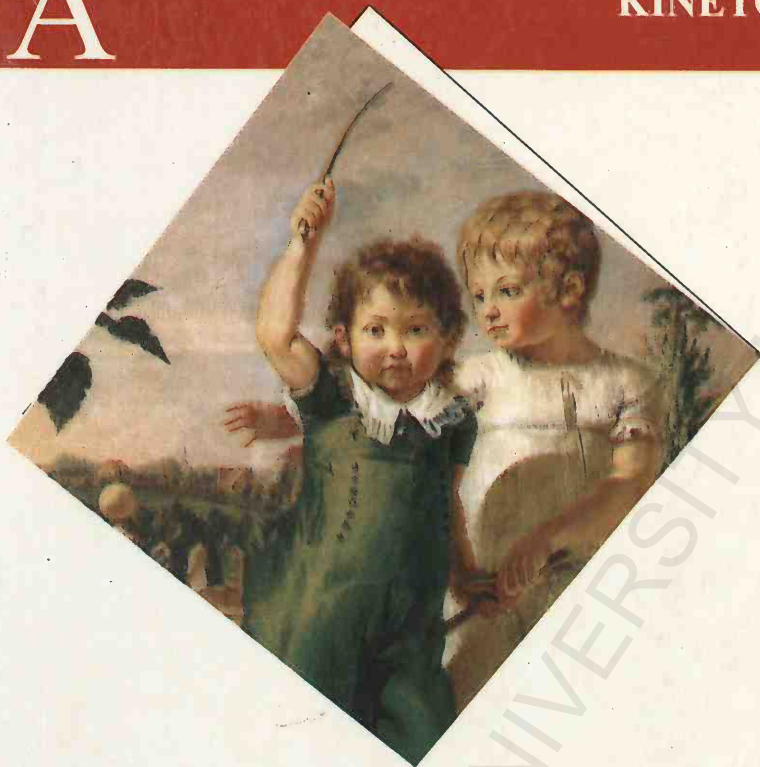


# A

KINETOTERAPIE



## PSIHOMOTRICITATEA

CONSTANTIN ALBU  
ADRIANA ALBU  
TIBERIU LEONARD VLAD  
IOAN IACOB

III 289.235

INSTITUTUL EUROPEAN

BIBL. CENTR. UNIV.  
„M. EMINESCU” IAȘI  
III 289.235



1598437964

- I. Albu, Constantin
- II. Albu, Adrian
- III. Vădu, Tiberiu Leonard
- IV. Iacob, Ioan
- V. Cioc, Constantin (coord.)

ISBN (10) 973-611-406-6; ISBN (13) 978-973-611-406-9

Adrian Albu, Tiberiu Leonard Vădu, Ioan Iacob, coord.: Constantin Cioc  
Iași: Institutul European, 2006

PSIHOMOTIVITATE

METODOLOGIA

www.euroinst.ro

© 2006 Institutul European, Iași  
Editura Albu, Albu & Colab., Pitești

Seria

Kinetoterapie

CONSTANTIN ALBU a absolvit Institutul de Cultură Fizică, București. A publicat numeroase cărți și studii în reviste de specialitate.

ADRIANA ALBU a absolvit Institutul de Medicină și Farmacie, Iași. Predă la Universitatea „Gr. T. Popa”, de asemenea la Universitatea „Al. I. Cuza”, Iași

VLAD TIBERIU LEONARD a absolvit Institutul de Medicină și Farmacie din Iași. Predă la Universitatea „Al. I. Cuza” Iași.

IOAN IACOB a absolvit Institutul de Cultură Fizică, București. Este profesor la Universitatea „Al. I. Cuza” Iași.

Constantin Albu et colab., *Psihomotricitatea*

© 2006 Institutul European, Iași

[www.euroinst.ro](http://www.euroinst.ro)

INSTITUTUL EUROPEAN

Iași, str. Cronicar Mustea nr. 17, 700198, C.P. 161

[euredit@hotmail.com](mailto:euredit@hotmail.com)

**Descriere CIP a Bibliotecii Naționale a României**

**Psihomotricitatea: metodologia educării și reeducării psihomotrice / Constantin Albu,**

Adriana Albu, Tiberiu Leonard Vlad, Ioan Iacob; pref.: Constantin Cucos.

Iași: Institutul European, 2006

Bibliogr.

ISBN (10) 973-611-406-6; ISBN (13) 978-973-611-406-9

I. Albu, Constantin

II. Albu, Adriana

III. Vlad, Tiberiu Leonard

IV. Iacob, Ioan

V. Cucos, Constantin (pref.)

159.943:796.4

Reproducerea (parțială sau totală) a prezentei cărți, fără acordul Editurii, constituie infracțiune și se pedepsește în conformitate cu Legea nr. 8/1996.

Printed in ROMANIA

CONSTANTIN ALBU, ADRIANA ALBU,  
TIBERIU LEONARD VLAD, IOAN IACOB

PREFATA

420348

# PSIHOMOTRICITATEA

METODOLOGIA EDUCĂRII ȘI REEDUCĂRII PSIHOMOTRICE

Prefață de CONSTANTIN CUCOȘ



404384

B.C.U. IASI

**ALE**

INSTITUTUL EUROPEAN  
2006

26 MAR 2007

CONSTANTIN ALBU, ADRIANA ALBU, IUBERIU LEONARD VIAD, IOAN IACOB  
Editura de Psihologie, Bucuresti, 2006  
128 p., 16 cm, 1000 exemplare  
ISBN 978-973-01-1111-1

Comandă de la: Editura de Psihologie  
2006

www.psichologie.ro

INSTITUTUL  
de Psihologie  
Bucuresti

METODOLOGIA EDUCĂRII ȘI REEDUCĂRII PSIHOMOTRICE

Prof. dr. Constantin Căpotaș

Prof. dr. Adriana Albu

Adrian Albu  
Editura de Psihologie  
Bucuresti  
ISBN 978-973-01-1111-1

- I. Albu, Constantin
- II. Albu, Adriana
- III. Viad, Iubieru
- IV. Iacob, Ioan
- V. Căpotaș, Constantin

159.943:796.4

Reproducerea (totală sau parțială) și prelucrarea în orice formă a acestei cărți fără acordul editurii sunt interzise în conformitate cu Legea nr. 177/2002.

Printat în ROMANIA

INSTITUTUL EUROPEAN  
2006



26. MAR 2007

## PREFAȚĂ

Psihomotricitatea, ca parte componentă a psihologiei aplicate, abordează studiul funcțiilor motrice, integrate și coordonate de funcțiile psihice. Acestui releu neuromotor i se asociază și concluzia că arta de a stăpîni corpul este și prima condiție de stăpînire a comportamentului.

Educația psihomotrică a copilului trebuie înțeleasă și abordată în toată complexitatea sa, iar conștientizarea corpului, în relație cu segmentele sale, precum și poziționarea lor în spațiu trebuie să se înscrie ca o preocupare permanentă, ca rezultat al participării consensuale dintre demersul psihic și cel al finalizării motorii. Problematika dezvoltării psihomotrice a copilului trebuie să fie urmărită de orice demers și să vizeze, înainte de orice altceva, capacitatea copilului de a-și forma o imagine cît mai exactă asupra propriului său corp, diferențiat pe cap, trunchi și membre. În continuare, preocupările trebuie dirijate spre conștientizarea funcției de echilibru, prin punerea copilului în situații de pierdere a acestuia prin dezechilibrări dirijate. Dobîndirea capacității de coordonare globală și segmentară a mișcărilor este în măsură să evidențieze cît mai precoce manifestările de lateralitate emisferică, pe prim-plan fiind preferința manuală. Nu trebuie neglijată exersarea situațiilor ce pun copilului probleme de spațiu și timp, în contextul integrării sale globale în mediul în care trăiește și se dezvoltă.

Pe măsura creșterii și dezvoltării organismului, copilului mic trebuie să i se asigure și accesul sistematic la mijloacele pe care educația fizică le pune la dispoziție, realizînd, de această manieră, o îmbinare dintre cele mai eficiente a preceptelor psihologice cu cele pe care pedagogia le pune la dispoziție.

Urmărind evoluția psihomotrică a unui copil, se constată că acumulările, pe care acesta le realizează, sînt amplu distribuite spre paliere din ce în ce mai complexe, iar educația trebuie să uzeze structura unei game largi de obiective, între care formarea conduitelor motrice de bază, la care se adaugă și formarea conduitelor și structurilor perceptiv-motrice, ce trebuie considerate ca prioritare.



În literatura de specialitate, aspectele legate de educarea și mai ales de reeducarea pe plan psihomotric au ca punct de plecare schema corporală.

Este un adevăr de necontestat că în procesul de reeducare acțiunile au ca punct central formarea imaginii despre propriul său corp, fiind pus în relație cu mediul în care trăiește și se dezvoltă. Educația psihomotrică a copilului își propune să acționeze corelat în direcția utilizării sistemului de mijloace, care să contribuie la formarea unui bagaj motric cât mai complet.

În condițiile în care se constată că bagajul motric prezintă unele carențe, planul terapeutic își propune refacerea componentelor lipsă, oferind, astfel, copilului posibilitatea de a face față unei cât mai largi game de solicitări pe plan psihomotor, la care comportamentul său general, în paralel cu bagajul intelectual restant de care dispune, va face din copil artizanul propriei sale recuperări.

Sintetizînd obiectivele educației psihomotrice, acestea vizează în principal: dezvoltarea normală a comportamentului motor; în condițiile instalării unor tulburări, să contribuie la îmbunătățirea comportamentului general; să contribuie la formarea unor deprinderi motrice și intelectuale cât mai corecte, în vederea integrării copilului în activitatea școlară și apoi în cea socială. Sistemul de operare trebuie dirijat de așa manieră, încît activitatea să poată fi diferențiată pe cele două componente, considerate a fi de bază: funcțională și ludică.

În procesul de educare psihomotrică acțiunile sînt orientate prioritar spre acumularea unor conduite, pe care se clădesc treptat componentele de bază, de apartenență mai mult sau mai puțin instinctive, ceea ce va contribui la formarea unei reprezentări mai corecte despre mișcările corpului și ale segmentelor sale. Pe aceste considerente, preocupările copilului vor trebui orientate, în mod consecvent, spre funcțiile de echilibru, static și dinamic, precum și de coordonare dinamică generală, ca preludiu la integrarea sa socio-familială, ca obiectiv imediat, și socio-productivă, ca obiectiv de perspectivă.

O astfel de problematică, etalată succint mai sus, o au în vedere autorii acestei lucrări. Ea se înscrie într-o direcție mai puțin frecventată de teoreticienii și practicienii de la noi și de aceea demersul trebuie aplaudat și valorizat la maximum.

Lucrarea se adresează, cu prioritate, studenților și cadrului didactic de la o serie de facultăți de profil (psihopedagogie, educație fizică și sport, medicină etc.), precum și practicienilor din domeniile recuperării și reformării unor funcții psihomotrice.

Îi felicităm pe autori și sugerăm preluarea și activarea prețioaselor lor sugestii și recomandări de ordin teoretico-practic.

Prof. univ. dr. CONSTANTIN CUCOȘ

# PRINCIPALELE ETAPE ALE EVOLUTIEI PSIOMOTRICE A COPILULUI

## Partea I

### BAZELE GENERALE ALE PSIOMOTRICITĂȚII

Conceptul de corp a suferit numeroase modificări de-a lungul timpului. Corpul a fost studiat din punct de vedere fizic, psihic, biologic, social etc. Psihomotricitatea este de fapt o unitate complexă, prin care se realizează relația dintre corp și mediul înconjurător. Din primul an de viață expresiile motrice și psihice sunt legate de dezvoltarea corpului și de persoanele din jurul copilului. (1994, p. 17)

Deși cum spune Aristide Bouchard (1988, p. 12), tot ceea ce copilul vede, înțelege, atinge și trăiește contribuie la dezvoltarea inteligenței sale.

Noțiunea de psihomotricitate a fost introdusă de Ernest Lhuquet (1921) care a prezentat sindromul de debilitate mentală cauzat prin dereglări ale funcțiilor motorii în care sistemul nervos joacă un rol esențial (1921, p. 14).

Au Da Meur (1988, p. 6) face o alătură a teoriilor legate de dezvoltarea psihomotricității, observând existența a patru mari etape. Întâia, caracterizată de preocupări de probleme de ordin motoric la copil. În etapa următoare, copilul s-a axat pe relația ce există între corpul motoric și intelectual. În cea de-a treia etapă, specialiștii s-au concentrat pe problemele legate de particularitățile motricității în funcție de grupă de vârstă. În final s-a ajuns la formularea complexă a psihomotricității și la studiarea relațiilor ce există între activitatea corporală, intelectuală și emoțională, socială și timporală. Psihomotricitatea este de fapt o legătură dintre motricitatea, inteligența și afectivitatea copilului.

În țara noastră M. Epuran (1976, p. 114) s-a ocupat de această problemă și a definit psihomotricitatea ca „expresie motorie și integrare funcțională a tuturor și psihice la nivelul procesului de integrare funcțională bună a individului în ambianță”.

O altă definiție a fost dată de P. Arcus (1980, p. 56), după care psihomotricitatea este o funcție complexă ce integrează și conjugă aspecte motorice și psihice, elemente ce vor influența comportamentul unei persoane. Practic, motricitatea este o simplă deplasare a segmentelor corpului, ca înțelegând o acțiune destăcuată de un anumit scop.

#### Dirjecțiile de evaluare ale psihomotricității

O persoană se manifestă prin intermediul propriului corp, care este fundamental conștient de el însuși. Corpul trebuie privit din trei direcții diferite: spre-





## PRINCIPALELE ETAPE ALE EVOLUȚIEI PSIHOMOTRICE A COPILULUI

Conceptul de corp a suferit numeroase modificări de-a lungul anilor. Inițial, corpul a fost studiat doar din punct de vedere psihologic. Ulterior, el a fost studiat din punct de vedere fiziologic, insistându-se pe funcțiile acestuia. În realitate, corpul este o unitate complexă, prin intermediul căreia omul simte și acționează. Evoluția psihomotricității este, de fapt, istoria interacțiunii dintre elementul psihic și cel fizic. Încă din primii ani de viață expresiile motrice evidențiază relația copilului cu propriul corp și cu persoanele din anturaj. (\*\*\*, *La psychomotricité*, 1994, p. 17).

După cum spune Arlette Bourcier (citată de G.B. Soubiran, 1975, p. 23), tot ceea ce copilul vede, înțelnește, atinge și manevrează contribuie la dezvoltarea inteligenței sale.

Noțiunea de psihomotricitate a fost introdusă de Ernest Dupré, atunci când a prezentat sindromul de debilitate motrică, manifestat prin dereglări ale funcțiilor motrice în care sistemul nervos joacă un rol esențial (\*\*\*, *La psychomotricité*, 1994, p. 14).

A. De Meur (1988, p. 6) face o sinteză a teoriilor legate de evoluția conceptului de psihomotricitate, observând existența a patru mari etape. Inițial, cercetătorii au fost preocupați de problema dezvoltării motrice la copil. În etapa următoare, studiul s-a axat pe relația ce exista între retardul motric și intelectual. În cea de-a treia etapă, specialiștii s-au concentrat pe aspectele legate de particularitățile motricității în funcție de grupa de vîrstă. În final s-a ajuns la cunoașterea complexă a psihomotricității și la studierea relațiilor ce există între schema corporală, lateralitate și orientare spațio-temporală. Psihomotricitatea scoate în evidență legătura dintre motricitatea, intelectul și afectivitatea copilului.

În țara noastră, M. Epuran (1976, p. 114) s-a ocupat de această problemă și a definit psihomotricitatea ca „expresia maturizării și integrării funcțiilor motrice și psihice la nivelul pretins de integrarea funcțională bună a individului în ambianță”.

O altă definiție a fost dată de P. Arcan (1980, p. 56), după care psihomotricitatea este o funcție complexă ce integrează și conjugă aspecte motrice și psihice, elemente ce vor influența comportamentul unei persoane. Practic, mișcarea nu este o simplă deplasare a segmentelor corporale, ea implicînd o acțiune desfășurată cu un anumit scop.

### Directiile de evoluție ale psihomotricității

O persoană se manifestă prin intermediul propriului corp, care este instrumentul conștiinței de sine. Corpul trebuie privit din trei direcții diferite repre-

zentate de: relația cu sine; relația cu persoanele din anturaj; relația cu mediul înconjurător.

*Relația cu sine* implică adoptarea unei atitudini echilibrate față de propria persoană. În cadrul acestui proces, sînt esențiale starea de spirit și postura corpului. Starea de spirit implică acceptarea propriei persoane pornind de la o bază realistă, iar coordonarea posturală cuprinde elementele legate de spațiu (alinamentul scheletului), ritm (ritmul respirator) și energie (concentrarea forței la nivel abdominal) (\*\*\*, *La psychomotricité*, 1994, p. 23).

*Relația cu persoanele din anturaj* este esențială pentru dezvoltarea Eului corporal. Acesta se dezvoltă doar în prezența unui partener cu care copilul are relații permanente și care-i oferă securitate. În majoritatea cazurilor, acest partener este reprezentat de mamă, care îngrijește permanent copilul. Prin intermediul acestor îngrijiri, dar mai ales al jocului, copilul își descoperă senzorio-motricitatea.

*Relația cu mediul înconjurător* se realizează inițial prin intermediul mamei ce oferă copilului posibilitatea studierii lumii exterioare și a obiectelor. Prin intermediul jucăriilor, copilul vine în contact cu obiectele și obține informații legate de permanența lor.

### Obiectivele psihomotricității

Studiul psihomotricității ne relevă acele aspecte care îi permit copilului să-și formeze sistemul de mișcări prin intermediul cărora poate acționa în orice condiții, pe baza propriilor decizii, cu eficiență, spontaneitate și rapiditate.

Ca *obiective generale*, psihomotricitatea vizează: cunoașterea și înțelegerea elementelor constitutive ale psihomotricității; cunoașterea instrumentelor prin intermediul cărora se poate acționa; stăpînirea comportamentelor de bază ale psihomotricității pentru a obține o reacție adecvată; identificarea precoce a retardurilor psihomotrice pentru a orienta procesul de educare în vederea dispariției lor; diagnosticarea rapidă a tulburărilor de psihomotricitate și îndrumarea procesului de reeducare către diminuarea efectelor negative.

Ca *obiective particulare*, psihomotricitatea urmărește: dezvoltarea kinesteziei, a percepției și reprezentării complexe a mișcării; perfecționarea capacității de mișcare îndreptată către adaptarea precisă la solicitări și stăpînirea corpului; evaluarea potențialului psihomotric prin aprecierea raportului dintre vîrsta biologică și cea cronologică; dezvoltarea priceperilor și deprinderilor motrice de bază și aplicative: mers, alergare, săritură, aruncare, echilibru, cățărare, tracțiune; perfecționarea calităților motrice: forță, viteză, rezistență, îndemînare.

### Caracteristici generale ale procesului de creștere și dezvoltare

Copilăria este o etapă complexă, în timpul căreia organismul suferă numeroase schimbări. Procesele fundamentale ce au loc în această etapă sînt cele de creștere și dezvoltare.

Creșterea este un proces cantitativ prin care se realizează acumularea de substanță organică. Este un proces complex ce cuprinde două laturi: creșterea în volum; refacerea masei celulare uzate (M. Ifrim, 1986, p. 27).

Dezvoltarea este un proces calitativ prin care se realizează o permanentă restructurare și reorganizare a conținuturilor.



Aceste procese sînt influențate de acțiunea unor factori interni (ereditate) și externi (de mediu). Acești factori acționează în strînsă legătură, modificîndu-și permanent efectele.

Factorii *interni* sînt reprezentați de ereditate. Există o serie de elemente cu caracter general, pe care le întîlnim la întreaga populație, și unele cu caracter individual, ce particularizează o anumită persoană.

Factorii *de mediu* sînt organici și socio-culturali. Factorii organici sînt reprezentați de climă, morbiditate, alimentație, locuință, expunerea la substanțe poluante. Factorii socio-culturali sînt reprezentați de mediul familial, condițiile economice, mediul școlar și profesional (P. Meilă, 1988, p. 257).

Intervenția factorilor socio-culturali este esențială pentru dezvoltarea normală a psihomotricității. Această afirmație este confirmată de experiențele copiilor crescuți de animale și care nu s-au mai putut integra într-un mediu uman obișnuit.

Din păcate, studiul dezvoltării umane este realizat în mod separat, urmărindu-se trei direcții principale: dezvoltare fizică, cognitivă și psihosocială. Dezvoltarea fizică include măsurarea greutatei corporale, a taliei, a perimetrelor și aprecierea perfecționării abilităților motrice. În cadrul domeniului cognitiv sînt incluse percepția, reprezentarea, gîndirea, memoria și limbajul, procese ce stau la baza obținerii de cunoștințe. Domeniul psihosocial este centrat pe dezvoltarea personalității și a relațiilor sociale (K. Berger, 1986, p. 3).

Cele trei domenii evoluează în strînsă legătură, astfel că ele trebuie studiate împreună. Numeroși autori insistă asupra interrelației ce există între aceste domenii și asupra efectului manifestat de factorul socio-cultural. Pornind de la aceste aspecte, au fost semnalate trei controverse legate de procesul creșterii și dezvoltării umane.

Un prim element de discuție este reprezentat de *legătura dintre ereditate și mediu*. Acești doi factori joacă un rol esențial în dezvoltarea copilului, dar este greu de apreciat măsura în care intervine fiecare. Mult mai importantă este interacțiunea lor, deoarece copilul își va utiliza întregul potențial genetic în condiții de mediu favorabile (K. Berger, 1986, p. 10).

O altă controversă este legată de *modul în care se realizează creșterea și dezvoltarea*. Unii autori afirmă apariția unei evoluții progresive în care schimbările se produc treptat. Alții consideră că evoluția se produce în trepte, este discontinuă, astfel că se pot identifica anumite stadii. În realitate, aceste fenomene sînt influențate de numeroși factori, astfel că pîd apărea perioade de evoluție lentă și momente de creștere prin salturi. Procesele psihice nu evoluează doar de la simplu la complex, ele suferind numeroase reorganizări. În perioada copilăriei apar forme superioare ale dezvoltării psihice, care vor avea efecte reglatoare asupra funcțiilor apărute anterior (P. Meilă, 1988, p. 261).

A treia controversă este legată de ceea ce noi numim *evoluția normală*. În realitate, pentru dezvoltarea psihomotrică este greu de apreciat ceea ce înseamnă normalul deoarece fiecare persoană este o individualitate. Au fost realizate anumite teste de tip *screening* pornind de la norme ce corespund majorității populației. Există însă unele situații în care evoluția este lentă, astfel că nu este posibilă încadrarea în norme. Aceste situații sînt apreciate ca diferite sau marcînd un deficit? Răspunsul la această întrebare este greu de oferit, dar trebuie să ținem seama de faptul că fiecare

copil este un unicat. Totuși copiii care ridică unele probleme trebuie atent monitorizați, deoarece ei pot beneficia de programe adecvate de stimulare psihomotrică.

### Principiile generale ale proceselor de creștere și dezvoltare

Caracteristicile generale ale proceselor de creștere și dezvoltare au fost prezentate diferit de diverși autori. Vom insista asupra principiilor enunțate de Gh. Tănăsescu și de M. Ifrim. De asemenea, vom încerca să urmărim elementele de diferențiere și cele asemănătoare prezentate de cei doi autori.

Gh. Tănăsescu enunță 5 principii care stau la baza proceselor de creștere și dezvoltare:

- ritmul de creștere *se reduce treptat*, fiind mai mic pe măsură ce copilul crește. Creșterea intensă apare în viața intrauterină și în primul an de viață extrauterină (S. Mănescu, 1986, p. 30);
- ritmul creșterii *este neuniform*, perioadele de creștere lentă alternând cu cele în care evoluția este alertă. În primii trei ani de viață creșterea este intensă, urmează apoi o perioadă de creștere lentă ce durează până la 10/11 ani. În etapa pubertară creșterea este intensă, dar după vârsta de 14/15 ani aceasta devine lentă, pentru a se opri la 18 ani;
- ritmul creșterii și dezvoltării diferitelor organe și țesuturi *este deosebit* pentru același interval de timp. Creșterea este neuniformă, fiind orientată în sens cefalo-caudal și proximo-distal. Unele organe au o dezvoltare rapidă (creierul), în timp ce altele evoluează lent (sistemul muscular);
- dezvoltarea organelor și sistemelor se face în *condiții de interdependență*. Astfel, există o relație directă între dezvoltarea sistemului osteo-articular și muscular sau între dezvoltarea creierului și cea a analizatorilor;
- cele două sexe* prezintă o dezvoltare fizică diferită. La naștere, fetele au valori mai mici pentru talie și greutate față de băieți, o dezvoltare evidentă a țesutului adipos și o evoluție alertă a nucleelor de osificare. La acestea pubertatea apare mai rapid, dar valorile la care ajung (în special pentru înălțime) sînt inferioare celor ale băieților.

Citind din Adrian Ionescu, M. Ifrim (1986, p. 31) prezintă următoarele 5 legi ale creșterii:

- legea creșterii inegale și asimetrice a organelor*. Fiecare organ prezintă perioade în care creșterea este accentuată, urmate de momente de evoluție lentă. Între cele două jumătăți ale corpului există diferențe legate de dimensiunile segmentelor și dispoziția organelor. La dreptaci membrul superior drept are o lungime și o grosime mai mare comparativ cu cel stîng. Față de principiile lui Gh. Tănăsescu, acest autor introduce în plus problema asimetriei, ceea ce reprezintă un pas înainte în cunoașterea corpului omenesc;
- creșterea și dezvoltarea sînt diferite pentru diverse organe* care-și păstrează un ritm propriu de evoluție, diferențiere structurală și maturizare funcțională. Este o caracteristică de bază a acestor procese, astfel că ea este menționată de ambii autori studiați;
- legea proporțiilor* este strîns legată de cea a ritmului diferit de creștere. Fiecare segment corporal are un ritm propriu de creștere, ceea ce duce la schimbarea proporțiilor dintre părți;



- d) *legea alternanței* enunțată de Godin evidențiază existența unei alternanțe între creșterea osoasă în lungime și grosime, între creșterea extremităților distale și proximale, între creșterea membrelor superioare și inferioare. Această lege poate fi asimilată principiului ritmului de creștere enunțat de Gh. Tănăsescu. Totuși M. Ifrim (1986, p. 33) se referă doar la creșterea generală a taliei și greutateii, insistând pe dezvoltarea sistemului osos. Până la vârsta de 20 de ani organismul trece prin trei perioade de creștere în greutate (împlinire) și trei etape de creștere în lungime (alungire);
- e) *legea maturizării pubertare*. Conform acestui autor, evoluția pubertară începe în momentul intrării în acțiune a gonadelor și se desfășoară diferit în funcție de sex. Este o lege restrictivă ce nu urmărește evoluția în totalitate, deoarece diferențele pe sexe apar încă de la naștere.

### **Legile dezvoltării psihomotrice și factorii care o condiționează**

#### ***Legile dezvoltării psihomotrice***

J.J. Guillarmé (1982, p. 30) enunță două legi ale evoluției psihomotrice reprezentate de diferențiere și variabilitate.

*Diferențierea* se manifestă încă din primele luni de viață. Inițial, mișcărilor nou-născutului sînt haotice, avînd aspectul unor descărcări generale. Treptat, aceste descărcări devin localizate la un anumit segment, astfel că mișcărilor vor fi orientate într-o direcție și adaptate scopului.

*Variabilitatea* implică dezvoltarea inegală în timp a psihomotricității. Există momente în care psihomotricitatea evoluează rapid și etape în care progresia este lentă.

Evoluția psihomotricității este strîns legată de dezvoltarea sistemului osteoarticular, fenomen ce se petrece respectînd patru legi.

*Osificarea și creșterea oaselor* diferă de la un segment la altul. Epifizele care se osifică cel mai tîrziu sînt plasate aproape de genunchi și departe de cot (formula lui Ollier) (A. Lapierre, 1976, p. 28).

*Legea alternanței a lui Godin* specifică faptul că puseele de creștere scheletică apar la intervale de 6 luni. Creșterea în lungime alternează cu cea în grosime.

*Legea lui Delpech*. În situația în care cartilajele diartrodiale transmit o presiune scăzută, cartilajul de conjugare vecin intră în activitate și invers. Această lege este esențială în kinetoterapie, deoarece explică etiologia deformărilor osoase. La acest principiu, A. Lapierre adaugă ideea deformării oaselor în situația în care ele sînt plasate într-o poziție vicioasă.

*Mișcarea* favorizează dezvoltarea sistemului osteoarticular. Creșterea în lungime și grosime a oaselor este stimulată de excitația funcțională a mușchilor. De asemenea, mișcarea are un rol important de modelare a suprafețelor articulare.

#### ***Etapile dezvoltării psihomotrice***

Studiile de dezvoltare au determinat elaborarea unor norme ce permit aprecierea evoluției copilului. Aceste norme sînt raportate la anumite grupe de vîrstă, astfel că este posibilă aprecierea nivelului performanțelor obținute de copil.

În prezent există dispute legate de ceea ce este considerat normal și de aprecierea retardurilor. Pornind de la aceste aprecieri, evoluția psihomotricității a fost împărțită în trei etape reprezentate de inovație, integrare și echilibru.

Inițial, copilul își testează capacitățile și ajunge la *inovația* unor gesturi și apoi a unor mișcări. O mișcare neașteptată aduce mâna în dreptul ochilor. Ulterior, gestul va fi repetat din dorința de a obține un efect asemănător. Inovația se realizează prin încercare și eroare, ceea ce permite selectarea unor acțiuni îndreptate către obținerea unui anumit scop (J.J. Guillarmé, 1982, p. 30).

Treptat, mișcărilor se perfecționează, devenind precise și adaptate țelului propus. Este etapa de *integrare*, în cadrul căreia comanda nervoasă se perfecționează și apare legătura dintre câmpul senzorial și cel motor.

În final se ajunge la etapa de *echilibru*, în care mișcarea achiziționată este executată cu exactitate și va reprezenta elementul de bază pentru o nouă experiență. Practic, dezvoltarea se face prin transformarea și adaptarea experiențelor anterioare. Este vorba mai ales de o reorganizare permanentă și mai puțin de o acumulare.

Dezvoltarea psihomotricității este un proces complex ce prezintă câteva caracteristici generale: acumulările cantitative favorizează apariția salturilor calitative ce duc la manifestarea unor forme noi de comportament; prin restructurări succesive calitățile noi le vor include pe cele anterioare; evoluția este stadială, fiecare etapă de vîrstă prezentînd anumite caracteristici; în intervale scurte de timp transformările sînt de mică intensitate; diversele însușiri au ritmuri proprii de dezvoltare (P. Arcan, 1980, p. 57).

### ***Factorii ce influențează dezvoltarea psihomotrică***

Evoluția psihomotricității este influențată de unii factori biologici și psihologici. Dintre factorii cu acțiune favorizantă specificăm: maturizarea nervoasă; învățarea; experiența și conduita motrică.

**Maturizarea nervoasă.** La naștere copilul este într-un stadiu incipient de maturare, în special în ceea ce privește structurile corticale. Fasciculele piramidale sînt încă puțin diferențiate și mielinizate, astfel că mișcărilor voluntare sînt imposibile. La om apare inițial o stare de inferioritate, generată de structura complexă a sistemului nervos. Se ajunge la performanțele caracteristice adultului abia după vîrsta de 18-20 de ani. Unii autori afirmă existența unei legături între mielinizare și maturizare, dar nu există argumente care să susțină această ipoteză.

Un alt grup de factori ce permit explicarea evoluției motrice sînt cei reprezentați de *învățare*. În numeroase țări au fost elaborate programe de stimulare a dezvoltării copiilor de vîrstă mică. În cadrul acestor programe, copilului i se oferă posibilitatea achiziției de cunoștințe și abilități noi. Copilul este stimulat cu ajutorul unor jucării diverse, prin punerea lui în situații diferite, prin executarea unor exerciții fizice variate. În acest context, el este incitat la o activitate permanentă, spontană sau dirijată. Rezultatele obținute sînt permanent apreciate, ceea ce duce la o întărire pozitivă. Stimulii oferți copilului trebuie să fie adaptați vîrstei și să aibă un caracter de noutate. Se vor evita jocurile și execuțiile dificile, generatoare de eșec. Solicitățile vor fi îmbogățite progresiv, pe măsură ce copilul obține rezultatul scontat. De exemplu, se începe cu jocuri de manipulare, urmate de exerciții ușoare de asamblare a



unor piese. Au fost elaborate numeroase programe de stimulare a copiilor în creșă și grădiniță. Un astfel de program este ghidul *Portage*, ce prevede repetarea unei acțiuni până în momentul în care ea este corect executată. Pentru copiii cu probleme au fost elaborate o serie de programe de învățare de tipul celor de compensare, corectare sau recuperare (S. Mănescu, 1986, p. 194).

*Rolul experienței* în evoluția psihomotricității a fost recunoscut de numeroși specialiști. Au fost elaborate două teorii ce pornesc de la ideea experienței.

După unii autori, organizarea psihomotricității pornește de la experiența personală. Prin exercițiu se dezvoltă o serie de elemente ale motricității care vor fi integrate în ansamblul coordonărilor. Se structurează o anumită *schemă globală* a posturilor, în care poziția unui anumit segment corporal este bine delimitată. Această teorie pornește de la ideea programării unei acțiuni ce se va repeta apoi identic. În realitate, mișcarea nu poate fi simplificată la un număr fix de posturi.

Conform celei de-a doua teorii, experiența determină învățarea unor *scheme motorii* noi pornind de la unele elemente de bază. Progresiv, copilul își va construi o serie de scheme complexe care vor permite adaptarea mișcării la țelul propus. Treptat, sugarul ajunge de la dependență la autonomie. Comportamentul motor al copilului capătă progresiv sens, devine o conduită și reprezintă punctul de plecare al dezvoltării cognitive. Copilul obține noi informații prin joc, acțiune în care elementul motric este inițial primordial, pentru ca ulterior să devină doar suport pentru procesul de învățare.

## COMPONENTELE DE BAZA ALE PSIHOMOTRICITATII

Organismul uman trebuie conceput ca o unitate în cadrul căreia psihicul și elementul somatic sînt în interdependență. Cunoașterea propriului corp stă la baza cunoașterii propriiei identități. Persoana se manifestă și se particularizează prin anumite posturi corporale, atitudini, gesturi sau mimică.

Corpul nu trebuie studiat izolat, ci în relație cu sine, cu cei din jur și cu mediul înconjurător. În cadrul relației cu sine, este esențială structurarea unității dintre corp și psihic. Relația cu cei din jur începe încă de la naștere, fiind mediată de persoanele ce asigură îngrijiri. Relația cu obiectele reprezintă primul element al contactului cu mediul înconjurător. În categoria obiectelor includem în primul rînd jucăriile, cu care copilul vine în contact încă din primele luni de viață.

F. Buytendijk (citată de R. Dailly, 1980, p. 1) identifică trei modalități de exprimare a corpului: corpul funcțional, la care primordială este mișcarea; corpul în activitate se referă la actul motor voluntar; corpul ca instrument de exprimare ia parte la medierea relației cu mediul înconjurător.

După M. Epuran, (1976, p. 115), elementele componente ale psihomotricității sînt: schema corporală; coordonarea dinamică, segmentară și generală; coordonarea statică – echilibrarea; coordonarea perceptiv-motrică (percepția spațiului, ritmului și a mișcărilor proprii); rapiditatea mișcărilor; ideomotricitatea (ca sinteză dinamică a schemei corporale și a coordonărilor perceptiv-motrice cu sarcina motrică).

L. Picq și P. Vayer, (1968, p. 20) au realizat cea mai schematică structură a funcției motrice. Acești autori identifică trei tipuri de manifestări de activitate, reprezentate de: conduitele motrice de bază; conduitele neuromotorii; conduitele și structurile perceptiv-motrice.

### Conduitele motrice de bază

Aceste conduite sînt mai mult sau mai puțin controlate cortical, ele fiind strîns legate de reflexele necondiționate. În această categorie sînt incluse: coordonarea oculo-motorie, echilibrul și coordonarea dinamică generală.

### Coordonarea oculo-motorie

În realitate, este vorba de o coordonare complexă, generată de legătura ce apare între cîmpurile senzoriale și cele motorii. Mult mai corect este termenul de coordonare senzorio-motrică.

Nou-născutul își mișcă mîinile în mod necontrolat. Întîmplător, acestea trec prin dreptul ochilor, dar fără a provoca reacții. Treptat, acest gest se repetă, inițial involuntar, apoi voluntar, generînd reacții de fixare cu privirea. Ulterior, acest exer-



cițiu devine gestul preferat al copilului, care-și studiază sistematic mîinile, le apropie sau le depărtează. Aceste exerciții au rezultate deosebite, favorizînd apariția unei legături între cîmpul vizual și cel motor.

Exerciții asemănătoare apar la nivelul tuturor domeniilor senzoriale și motorii: tactile-kinestezice, audio-motorii, audio-fonice. Exemplul cel mai evident este cel legat de succesiunea de sunete emisă de copil prin gîngurit. Sunetul este produs inițial întîmplător, pentru ca ulterior el să fie perfecționat pînă la dezvoltarea fonemelor folosite în limba vorbită. În acest fel este perfecționată activitatea aparatelor motor și sensorial, care devine integrată într-un tot unitar.

Cea mai importantă este totuși coordonarea ochi-mînă, ce permite controlul și perfecționarea gesturilor. De asemenea, spațiul în care trăiește copilul se lărgeste prin intermediul spațiului vizual. Copilul vede un obiect la distanță și simte nevoia să se deplaseze pentru a ajunge la el și a-l verifica manual. În acest fel se va realiza structurarea mediului înconjurător și perfecționa orientarea spațială. Practic, coordonarea oculo-motorie reprezintă elementul de bază al prehensiunii.

Există o serie de factori care participă la realizarea unui gest adaptat scopului propus. L. Pick și P. Vayer (1968, p. 28) au identificat șase factori reprezentați de:

- perfecționarea echilibrului static și dinamic asigură independența de mișcare a unui anumit segment corporal;
- dezvoltarea engramelor motorii oferă posibilitatea repetării unui anumit gest;
- dizolvarea treptată a sincineziilor asigură independența motrică a celor două membre superioare și inferioare;
- adaptarea la efortul muscular;
- perfecționarea coordonării senzorio-motrice;
- adaptarea ideomotrică.

Mișcarea joacă un rol important în trecerea de la percepție la reprezentare. Percepția apare atunci cînd procesele cerebrale intervin în reținerea unei informații, iar persoana devine conștientă de acest aspect. (K. Berger, 1986, p. 158)

În cadrul activității de percepție se perfecționează inițial coordonarea mișcărilor oculare. În etapa următoare se dezvoltă coordonarea oculo-motorie ce permite consolidarea activității perceptive prin manipulare. Manipularea urmată de percepția obiectului permite formarea la nivel cerebral a reprezentării acestuia (reprezentarea implică existența unei imagini mentale a obiectului ce poate fi utilizată în absența lui) (P. Meilă, 1988, p. 269).

Evoluția percepției și a reprezentării este stimulată de perfecționarea *prehensiunii*. Prehensiunea este un act complex ce se dezvoltă mai ales în primul an de viață. O privire de ansamblu asupra evoluției prehensiunii ne permite să evidențiem, pe scurt, etapele de formare a acestei deprinderi: în prima lună de viață, prehensiunea este involuntară, fiind vorba de un reflex; în jurul vîrstei de 3 luni apar primele inițiative de apucare, reprezentate de agitatea brațelor; prima formă de prehensiune voluntară apare la vîrsta de 4-5 luni, cînd copilul manevrează un obiect folosind priza cubito-palmară (opозиția dintre degetele II-V și eminența hipotenară); către vîrsta de 6 luni, copilul plasează obiectele între palmă și degete (priză digito-palmară); spre 8 luni priza devine radio-palmară (policelul este activ, făcînd opозиție mîinii); la 9-10 luni priza devine radio-digitală, moment în care copilul poate folosi pensa formată de pulpa policelui și falanga distală a indexului (P. Bizouard, 1995, p. 109).

Aceste etape demonstrează evoluția prehensiunii de la palmă către degete și deplasarea dinspre teritoriile cubitale către cele radiale ale mîinii.

Tot în acest prim an de viață apare și *perfecționarea mișcărilor membrelor superioare* astfel: pînă la 6 luni, apropierea de obiect se realizează din umăr, mîna planînd asupra jucăriei; pînă la 9 luni, mișcarea din articulația cotului este sinergică cu cea a umărului; treptat, mișcarea devine economică, mîna apropiindu-se de obiect pe drumul cel mai direct și mai scurt (P. Meilă, 1988, p. 269).

După vîrsta de un an, antrenamentul se realizează prin manipularea jucăriilor, iar în perioada preșcolară prin desen, pregătind astfel mîna pentru învățarea scrisului.

*Scrisul* este o activitate complexă, în care motricitatea este elementul de bază. În realizarea scrisului intervin trei categorii de factori reprezentați de: maturizarea sistemului nervos; dezvoltarea activităților fine ale membrelor superioare și în special ale degetelor; perfecționarea conduitelor perceptiv-motrice, în special a schemei corporale și a orientării spațiale (J. Ajuriaguerra, 1980, p. 178).

Achiziția prehensiunii îi permite copilului să acționeze asupra mediului înconjurător, ceea ce stimulează dezvoltarea funcțiilor cognitive. Practic, mîna este, după Kant, „creierul exterior al omului”.

Manipularea unui obiect este un gest amplu ce implică diverse *tipuri de prindere*. Au fost identificate opt astfel de modalități, reprezentate de: prinderea de tip clește între unghia degetului mare și cea a arătătorului; fixarea bidigitală implică plasarea obiectului între pulpa degetului mare și cea a arătătorului; apucarea tenarodigitală se realizează prin așezarea obiectului între eminența tenară și celelalte degete; prinderea gen menghină presupune apucarea obiectului cu policele și alte două degete reunite; prinderea jucăriei în palmă, între police și celelalte degete; fixarea cu pumnul implică prinderea unui obiect alungit cu toată palma și cu degetele flectate; apăsarea obiectului cu un deget (gest efectuat la calculator); extensia și flexia degetelor (C. Păunescu, I. Mușu, 1990, p. 191).

### *Echilibrul static și dinamic*

Simțul echilibrului este complex și permite aprecierea poziției segmentelor corporale și a poziției corpului în spațiu. Echilibrul se dezvoltă major în primul an de viață și se perfecționează ulterior.

Stimulii captați de receptorii vestibulari ajung la scoartă după ce au provocat reflexe tonice și de redresare. Există unii stimuli ce ajung direct la scoartă, determinînd apariția unei senzații de echilibru și de mișcare a corpului.

M. Epuran (1976, p. 127) distinge trei categorii de senzații, reprezentate de: *senzația de verticalitate*, ce oferă informații legate de poziția segmentelor corporale, în raport cu verticala; *senzația de mișcare rectilie*, care apare la începutul și la sfîrșitul unei acțiuni; *senzația de rotație*, care apare tot la începutul și sfîrșitul unei mișcări sau în condițiile unei execuții cu viteze diferite.

**Echilibrul static și controlul postural.** Postura unei persoane este un element de individualizare, existînd un tipar propriu. Acest tipar este determinat de dimensiunile corporale, de dezvoltarea sistemului osteo-articular. Totuși postura corporală este influențată în primul rînd de organizarea și maturizarea sistemului nervos. Menținerea



echilibrului static și asigurarea controlului postural se realizează cu ajutorul unui sistem complex de reflexe și reacții.

Echilibrul static se obține prin contracția grupelor musculare ale trunchiului, influențată de poziția capului, și implică o intervenție coordonată a sistemului vestibular, a sensibilității proprioceptive, a sistemului extrapiramidal și a analizatorului vizual. Sistemul vestibular culege informații referitoare la poziția corpului pe care sensibilitatea profundă le transmite către scoarță. În același timp, sistemul extrapiramidal controlează contracția musculară, iar analizatorul vizual percepe schimbările pozițiilor segmentelor corporale (Gh. Pendefunda, 1992, p. 30).

Echilibrul static și controlul postural se dezvoltă treptat, pe măsură ce sistemul nervos se mielinizează și perfecționează. La scurt timp după naștere, copilul are o atitudine înghemuită, asemănătoare cu cea din timpul sarcinii. În această etapă, el prezintă flexia membrelor superioare și inferioare. Această poziție se menține pînă la 2 luni, cînd apare evoluția către poziția intermediară, în semiflexie și semiextensie. Abia după vîrsta de 3 ani apare poziția definitivă în extensie.

În primul an de viață, evoluția controlului postural parcurge patru etape: inițial, mișcările corpului sînt involuntare, de scurtă durată, spontane, globale, avînd un aspect vermicular; maturizarea sistemului nervos și dezvoltarea motricității se realizează în sens cefalo-caudal, astfel că în etapa următoare apare controlul posturii și mișcării capului, sugarul cîștigînd treptat controlul asupra poziției capului (se perfecționează pînă la 5-6 luni); în etapa următoare se dezvoltă curbura dorsală și se perfecționează controlul posturii și motricității trunchiului; achiziția acestei poziții durează 2-3 luni, dar este esențială deoarece facilitează utilizarea membrelor superioare pentru explorare; în jurul vîrstei de 8-9 luni, copilul reușește să-și susțină greutatea corporală, contactul cu solul realizîndu-se pe toata talpa.

Echilibrul static se perfecționează pe măsură ce curbura lombară se dezvoltă. Inițial, copilul stă cu corpul înclinat în față și cu picioarele depărtate. În jurul vîrstei de un an, el reușește să-și controleze echilibrul și să-și coordoneze mișcările, astfel că apare mersul (P. Meilă, 1988, p. 267).

În momentul în care copilul capătă poziția verticală, este necesară reconsiderarea întregului corp și a relațiilor acestuia cu spațiul. Astfel: se modifică imaginea spațiului înconjurător prin creșterea înălțimii de la care sînt privite obiectele; se schimbă poziția spatelui; la nivelul segmentelor plantare, apar variații de presiune; se stabilește un nou centru de greutate ce trebuie plasat în interiorul poligonului de susținere (J. Epstein, 1982, p. 85).

Noțiunea de poligon de susținere este dată de echilibrul pe cele două plante. În echilibrul static, la un adult, tălpile sînt depărtate la 12 cm una de alta. Este lungimea unui pas de 6 cm la dreapta și 6 cm la stînga. Baza de susținere are forma unui patrulater ce apare prin unirea cu linii a călcîielor, a marginilor exterioare ale plantelor și degetelor (R. Ducroquet, 1965, p. 80).

La copii, situația poligonului de susținere este puțin diferită. Pînă la 2-3 ani, aceștia își mențin echilibrul folosind o bază mare de susținere. De asemenea, pînă la 2-3 ani, picioarele sînt încovoiate, între genunchi existînd o distanță de pînă la 5 cm (L. Whaley, 1987, p. 277).

Centrul de greutate este modificat permanent prin mișcări inconștiente ale corpului, ce apar în plan sagital, frontal și orizontal. În plan sagital apar unele oscilații

anterioare, de mai mare amplitudine, și posterioare, de mică amplitudine. În plan frontal apar oscilații laterale, legate de trecerea greutateii corporale de pe un picior pe celălalt. În plan orizontal apare virarea centrului de gravitate în jurul propriei axe (R. Ducroquet, 1965, p. 26).

Cu vârsta, apare o anumită atitudine corporală, care nu este nici conștientă, nici voluntară. Ea are o bază complexă, fiind înregistrată la nivelul scoartei, sub forma unei scheme de atitudini. Această schemă de atitudini cuprinde reprezentarea mentală pe care o are persoana asupra poziției segmentelor corporale și a echilibrului general, ea reprezentând un element de referință la care se raportează atitudinile corpului.

Atitudinea normală este o abstracție. Totuși, în plan lateral, ea semnifică simetria corporală. Această atitudine normală poate fi studiată din punct de vedere static, dinamic și psihomotric. Din punct de vedere *static*, atitudinea normală corespunde situației în care fiecare segment corporal are o poziție apropiată de cea de echilibru mecanic, în care verticala centrului de gravitate cade în interiorul poligonului de susținere. Este o condiție valabilă pentru echilibrul general al corpului, deoarece echilibrele segmentare se pot realiza în mod diferit. Este totuși un echilibru economic (solicită efort minim pentru menținere), dar în același timp obositor (necesită supraveghere neurologică permanentă). Este, în același timp, un echilibru fragil și care solicită o mare sensibilitate a receptorilor proprioceptivi (A. Lapierre, 1976, p. 426). Din punct de vedere *dinamic*, atitudinea normală este esențială pentru asigurarea mersului și a prehensiunii. Sub raport *psihomotric*, atitudinea normală scoate în evidență încrederea în sine a persoanei și disponibilitatea ei de acțiune.

**Echilibrul dinamic.** Locomoția reprezintă abilitatea de deplasare dintr-un loc în altul, cu păstrarea contactului cu solul.

În realizarea mersului, intervin calea piramidală, sistemul extrapiramidal, sistemul vestibular, sensibilitatea proprioceptivă și sistemul muscular. Mielinizarea fasciculului piramidal este definitivată abia în jurul vârstei de 2 ani. De asemenea, sistemul vestibulo-cerebelos al echilibrului și al coordonării motorii se maturizează după vârsta de 2 ani. Acest decalaj explică caracterele ataxice ale mersului copilului mic (L. Popoviciu, 1993, p. 11).

Primele încercări de mers sînt dificile, corpul copilului fiind într-o stare de contractură. Pe măsură ce echilibrul static se perfecționează, copilul începe să se relaxeze. Părinții trebuie să fie relaxați, dedramatizînd importanța căderilor. Ei pot interveni, învățînd copilul să cadă, prin imitație. Adultul își va lăsa corpul să cadă lent către sol, iar copilul îl va imita, reușind să cadă relaxat și fără a se lovi (J. Epstein, 1982, p. 83).

Într-o etapă ulterioară, copilul reușește să-și coordoneze mișcările, ajungînd la deplasarea independentă. Este un mers nesigur, cu trunchiul înclinat în față și picioarele depărtate. Copilul calcă greoi, face pași mici și depărtează membrele superioare de corp, pentru echilibrare. Treptat, pașii se lungesc, iar baza de sprijin se reduce. La adult, tălpile sînt la 6 cm de linia de progresie, pe cînd la copil acestea sînt la 15-20 cm de această linie. Această bază largă de susținere ușurează mersul prin coborîrea centrului de gravitate. În perioada preșcolară, picioarele sînt din ce în ce mai apropiate, totuși mersul se realizează încă prin jocul articulațiilor sagitale. În perioada



școlară, mersul devine grațios și balansat, folosindu-se mișcarea bazinului. La adolescent, mersul este influențat de unele elemente constituționale. Bazinul larg (caracteristic fetelor) necesită balansarea sau translația umerilor. Gambele scurte solicită folosirea pasului pelvin și mișcarea compensatorie a umerilor. Gambele lungi permit păstrarea unei ținute rigide a corpului.

Evaluarea mersului la copil se face în dinamică, urmărind unghiul pașilor. Acest unghi este format din axa tălpii și linia de progresie. În mod normal, călcâiele sînt orientate către exterior, într-un unghi de cel puțin 30°, iar degetele către interior, într-un unghi de cel puțin 10° față de linia de progresie (L. Whaley, 1987, p. 277).

Treptat, mersul devine mai bine controlat, ajungînd apoi automat, cu o postură corporală corectă și un balans minim.

Cele două membre inferioare pot fi considerate ca două coloane ce susțin trunchiul și care sînt alternativ ridicate și așezate pe sol. În timpul mersului, segmentele corporale sînt plasate într-o poziție de echilibru.

Inițierea unui pas și deplasarea corpului prin mers parcurg patru etape: în prima fază, membrele inferioare sînt în contact cu solul, depărtate și plasate în planuri diferite, este etapa de *sprijin dublu, cu elan posterior*, în care membrul plasat posterior are rol propulsor, asigurînd înaintarea; urmează etapa de *oscilații*, în care greutatea corporală se sprijină pe membrul inferior, plasat anterior, în timp ce membrul inferior de propulsie se desprinde de pe sol și este plasat anterior; în faza a treia, membrul inferior deplasat revine pe sol și primește întreaga greutate corporală, este etapa de *sprijin dublu anterior de recepție*, în care membrul inferior ce a fost deplasat are rolul de a echilibra înaintarea; în final se ajunge la etapa de *sprijin unilateral*, în care membrul inferior ce a amortizat mișcarea devine unicul sprijin al corpului (R. Ducroquet, 1965, p. 36).

În mod sintetic, cele patru etape ale mersului sînt reprezentate de elan, oscilație, recepție și sprijin unilateral.

Există numeroase controverse legate de factorii ereditari și de mediu care influențează dezvoltarea mersului. Unii autori acordă o atenție deosebită elementului genetic. Astfel, copiii negri din Africa au o evoluție rapidă în ceea ce privește achiziția poziției de așezat, a echilibrului static și a mersului. Dar această evoluție rapidă nu apare la nivelul tuturor comportamentelor motorii. În acest context, alți specialiști insistă asupra rolului educației în achiziția acestor abilități. Tot ei insistă asupra chestiunilor legate de maturizarea sistemului nervos sau de importanța experienței. Numeroase studii au fost realizate în orfeline, colectivități în care un număr mare de copii (10-15) sînt îngrijiți de una, maxim două persoane. Aceste persoane îi îngrijesc, dar nu au timp să se joace cu ei și să-i pună în diverse poziții stimulante. În acest context, evoluția lor motrică a fost lentă, chiar dacă nașterea a fost fără probleme, iar examenul clinic a pus diagnosticul de sănătos. Din fericire, aceste retarduri au fost doar temporare, sugarii recuperînd ușor în condiții de stimulare adecvată (D. Papalia, 1990, p. 183).

### Coordonarea mișcărilor

T. Sbenghe (1987, p. 287) înțelege prin coordonare „combinarea activității unui număr de mușchi, în cadrul unei scheme de mișcare continuă, lină, executată în



condiții normale". Pentru ca mișcarea să fie adaptată unui scop, ea trebuie să se desfășoare armonic, atât în timp cât și în spațiu.

Mișcarea coordonată solicită asocierea factorilor motorii și senzoriali. De la nivelul mușchilor pornesc excitații proprioceptive ce ajung la scoarță pe calea sensibilității profunde, conștientă și inconștientă. La nivelul analizatorului din scoarță, informațiile sînt procesate, declanșîndu-se producerea mișcării printr-un mecanism de reflex condiționat. În afara acestor căi, intervin și alți factori, reprezentați de sistemul vestibular și analizatorul vizual (Gh. Pendefunda 1992, p. 39).

Coordonarea mișcărilor se dezvoltă treptat, pe măsură ce copilul crește, prin repetări permanente. Inițial, copilul nu are capacitatea de a-și doza efortul în funcție de cerințele reale de acțiune. La aceasta se adaugă osificarea incompletă a oaselor, ce nu asigură puncte de sprijin rigide pentru inserțiile musculare. În aceste condiții, copilul execută mișcările cu tot corpul și obosește repede (P. Meilă, 1988, p. 302).

Prin exercițiu, mișcările devin progresiv precise și automate. La adult se formează schemele de mișcare, memorate sub forma engramelor. În prima etapă, mișcarea este amplă, fiind antrenate și grupe musculare ce nu sînt necesare execuției. Treptat, iradierea este limitată, fiind solicitate doar grupele musculare ce intervin direct în realizarea actului motric. Perfecționarea se realizează prin repetări permanente și învățări din greșeli. Inițial, se pornește pe principiul încercării și erorii ce permite corectarea greșelilor.

Pentru J. Epstein (1982, p. 39), coordonarea reprezintă asocierea mișcărilor membrelor superioare și inferioare. Această asociere este esențială pentru dezvoltarea calităților motrice reprezentate de forță, viteză, rezistență și îndemînare.

Dezvoltarea coordonării actelor motrice este influențată de acțiunea a patru factori, reprezentați de: unele caracteristici structurale; factori dinamici; particularități psihice; factori generali.

În cadrul *caracteristicilor structurale* trebuie incluse particularitatea fizică a mișcării și măsura în care gestul realizat corespunde scopului propus. *Factorii dinamici* sînt reprezentați de ritmul de execuție a mișcării, flexibilitatea și simetria acesteia. *Particularitățile psihice* includ posibilitatea de anticipație a unui gest (reprezentarea mentală), urmată de execuția lui cu precizie. *Factorii generali* sînt reprezentați de majoritatea elementelor psihomotricității. În primul rînd este vorba de echilibrul static și dinamic, ce face parte din conduitele motrice de bază. Urmează neuromotricitatea reprezentată de simțul kinestezic proprioceptiv și structurile perceptiv-motrice, în care rolul de bază îl joacă orientarea spațio-temporală (M. Ifrim, 1986, p. 485).

M. Epuran (1976, p. 193) consideră deprinderile motrice drept componente ale activității voluntare, care, prin exersare, ating un randament înalt pe baza perfecționării indicilor execuției (coordonare, precizie, viteză, automatizare). Practic, deprinderile motrice sînt reflexe condiționate complexe, ce se perfecționează prin antrenament.

Uneori se creează confuzie între termenul de deprindere și cel de pricepere motrică. Priceperea motrică este o etapă de finisare, în care persoana devine conștientă de capacitățile sale. În această etapă, persoana va fi aptă să folosească, în mod creativ, deprinderile motrice căpătate.

Un element de bază în ceea ce privește deprinderile motrice îl reprezintă stabilitatea lor. Deprinderile motrice înnăscute (mers, alergare, cățărare) persistă toată viața. În condiții de nepracticare, apare doar o scădere a eficienței. Aceeași situație se întâlnește și în cazul unor deprinderi dobândite, cum ar fi mersul pe bicicletă, înotul sau schiul. În condiții de nepracticare, se pierde coordonarea fină a mișcării, în timp ce structura de bază nu dispare. Pentru deprinderile motrice cu grad ridicat de tehnicitate (sportul de performanță), situația este diferită. În condiții de întrerupere a executării se pierde coordonarea, precizia și finețea. Această pierdere poate fi utilă, permițând restructurarea deprinderii la un nivel superior.

### Conduitele neuromotrice

În cadrul acestor conduite, mișcarea este studiată în etapa de realizare, respectiv de la stimularea neuronului piramidal cortico-motor până la contracția musculară, ce determină deplasarea segmentelor corporale. În această grupă sînt incluse tonusul muscular și senzațiile proprioceptive.

### Tonusul muscular

Tonusul muscular poate fi definit drept starea de semicontrație în care se găsește un mușchi în repaus (Gh. Pendefunda, 1992, p. 45).

La naștere, copilul prezintă hipotonie pe musculatura capului și trunchiului și hipertonie pe cea a membrelor. Această funcție se dezvoltă treptat, pe măsură ce sistemul nervos se maturizează. La sugar vom deosebi un tonus axial și unul periferic, un tonus activ și unul pasiv.

*Tonusul axial* evoluează progresiv în primul an de viață, urmînd un sens cefalo-caudal: creșterea tonusului axial la nivelul musculaturii gâtului, însoțită de formarea curbării cervicale, asigură controlul poziției capului și libertatea de mișcare a acestuia, în raport cu trunchiul; treptat, apare creșterea tonusului axial la nivelul musculaturii dorsale și abdominale, însoțită de dezvoltarea curbării dorsale a coloanei vertebrale, ceea ce conduce la achiziția poziției așezat, ce se perfecționează pînă la 8-9 luni; în jurul vîrstei de 10-11 luni, se produce creșterea tonusului axial la nivel lombar, astfel că se dezvoltă echilibrul static.

Studiul tonusului axial se realizează cu ajutorul elementelor *tonusului activ*. Tonusul activ este apreciat prin flexia și extensia capului, prin redresarea trunchiului și a membrelor inferioare. Rezultatele obținute oferă informații legate de posibilitatea sistemului nervos de a reacționa la schimbarea poziției corpului în spațiu (A. Calza, M. Contant, 1999, p. 43).

*Tonusul periferic* este reprezentat de starea tonică a membrelor superioare și inferioare. La naștere există o hipertonie pe musculatura flexoare, însoțită de hipotonie pe cea extensoare. În aceste condiții, membrele superioare și inferioare sînt în flexie, policele este strîns în palmă și acoperit de degete, iar laba piciorului este în flexie dorsală. Treptat, hipertonia scade, astfel că membrele capătă o poziție intermediară de semiflexie și semiextensie. La membrele superioare, scăderea este precoce, fiind lentă la nivelul membrelor inferioare (P. Meilă, 1988, p. 263).

Evaluarea tonusului periferic se realizează prin balotare și extensibilitate musculară, care sînt elemente ale *tonusului pasiv*. Balotarea permite aprecierea ampli-



tudinii unei mișcări produse prin mobilizări pasive, executate rapid, iar extensibilitatea este apreciată prin mobilizări pasive, dar lente (A. Calza, M. Contant, 1999, p. 43).

Evoluția tonusului axial și periferic se face către inversare, ceea ce duce în final la realizarea unui echilibru. Treptat, se vor defini trei tipuri de tonus muscular, reprezentate de tonusul de repaus, de postură și de acțiune (P. Arcan, 1980, p. 109).

*Tonusul de repaus* poate fi definit drept starea de contracție musculară ușoară, ce apare în condiții de inactivitate. Această stare de tensiune apare în toate activitățile cinetice și posturale, deși ea se manifestă, în special, în repaus.

*Tonusul de postură* reprezintă contracția musculară necesară pentru menținerea poziției corpului în spațiu. Din reglarea automată a tonusului de postură, rezultă atitudinea corporală, care este un element de bază al motricității. Atitudinea corporală se referă la poziția diferitelor segmente corporale între ele și la relația lor cu mediul înconjurător (J. Richard, L. Rubio, 1995, p. 111).

*Tonusul de acțiune* însoțește mișcarea voluntară, oferindu-i suportul necesar pentru progresia ei constantă și dozarea adecvată. El depinde de pragul de excitabilitate reprezentat de cea mai mică intensitate a unei excitații, ce determină apariția unei contracții musculare.

Renvier (citată de A. Lapiere, 1976, p. 197) consideră că există două tipuri de mușchi. Unii sînt specializați în menținerea echilibrului static, în timp ce alții intervin în execuția actelor motrice. Practic, apare doar o desfășurare dominantă a unei funcții, deoarece mușchii de susținere participă activ la unele mișcări dinamice și invers.

Mușchii predominant tonici (mușchii de susținere) au un tonus crescut, au o culoare roșie închisă, sînt scurți și groși. Acești mușchi prezintă o elasticitate și o contractilitate scăzută, o cronaxie mare și o rezistență crescută la oboseală. Ei sînt adaptați la contracții lente, susținute, de mică amplitudine și de intensitate mare. În această categorie intră mușchii antigravitaționali, reprezentați de cei ai gîtului, coloanei vertebrale și abdomenului. Ei joacă un rol deosebit în menținerea stațiunii bipede și în realizarea atitudinii generale a corpului.

Mușchii predominant cinetici (mușchi de mișcare) au un tonus scăzut, o colorație palidă, sînt lungi și subțiri. Acești mușchi prezintă o elasticitate și o contractilitate remarcabilă, o cronaxie mică și o rezistență scăzută la oboseală. Ei sînt optim adaptați la mișcări dinamice, rapide, de amplitudine mare dar de intensitate mică și durată scurtă. În această categorie intră mușchii membrelor superioare și inferioare.

Tonusul este elementul psihomotor care se plasează la intersecția dintre caracteristicile fizice și psihice. El reprezintă structura de bază a atitudinilor ce sînt în relație directă cu acomodarea și cu viața afectivă. Tonusul oferă specialiștilor informații prețioase legate de trăirile corporale ale unei persoane (J. Richard, L. Rubio, 1995, p. 111).

A fost studiată evoluția tonusului muscular în relație cu condițiile de viață ale copilului. După unii autori, actele motrice stau la baza dezvoltării mentale, iar trecerea de la un act la viața mentală parcurge patru stadii: impulsiv, emotiv, senzorio-motric și proiectiv.

În *stadiul impulsiv* (de la naștere la 2-3 luni), gesturile copilului sînt simple descărcări reflexe. Este etapa participării mutuale, în care primele mișcări ale copilului trebuie înțelese drept semne ce necesită un răspuns din partea celor din jur.

Începînd de la 2-3 luni, copilul pășește în *stadiul emotiv*, caracterizat prin relația cu mediul de viață. În această etapă, activitatea tonică devine suportul pe care se vor clădi atitudinile, postura și mimica.

Treptat se instalează o adevărată relație în care copilul semnalează trebuințele sale prin reacții motorii, mimică sau sunete, iar mama reacționează prin gesturi, mimică sau manifestări emoționale. Aceste reacții implică existența unei comunicări posturale, ce oferă copilului informații în legătură cu situația în care se află față de mediul uman. Dezvoltarea comunicării posturale creează condițiile apariției *etapei senzorio-motrice*, în care copilul imită mișcările mamei. În acest fel, el ajunge la manipularea obiectelor și utilizarea lor într-un anumit scop (de a produce sunete). În această etapă se dezvoltă și se perfecționează coordonarea cîmpurilor senzorial și motor. Asocierea celor două cîmpuri permite mînuirea și explorarea obiectelor prezente în mediul înconjurător (A. Calza, M. Contant, 1999, p. 59).

În final se ajunge la *stadiul proiectiv*, în care mișcarea este suportul reprezentărilor. Se poate vorbi despre expresiile posturale care au un caracter psihologic. Actele motrice se desfășoară în absența unui model și într-un spațiu subiectiv. În acest fel, actele motrice sînt introduse în realitatea exterioară, care este încă puțin accesibilă.

### ***Senzațiile proprioceptive***

Sensibilitatea profundă aduce informații de la nivelul mușchilor, tendoanelor, oaselor și articulațiilor. Sensibilitatea mio-artro-kinetică reprezintă, de fapt, simțul atitudinilor și al mișcării diferitelor segmente corporale (P. Meilă, 1988, p. 31). Simțul kinestezic informează scoarța despre: poziția părților corpului; mobilitatea segmentelor corporale; rezistența întîlnită la mișcare (M. Epuran, 1976, p. 130).

La o persoană sănătoasă, scoarța cerebrală primește informații legate de *poziția părților corpului*. Sensibilitatea mio-artro-kinetică permite recunoașterea poziției acestora, în situația în care persoana stă cu ochii închiși, iar mișcarea este condusă de un examinator. Prin intermediul simțului kinestezic, o persoană are un control permanent al poziției corpului. Acest control este esențial în situația desfășurării unor acte motrice complexe.

*Mobilitatea segmentelor corporale* crește cu vîrsta, fiind influențată de experiența motrică și de gradul de pregătire. Pe măsură ce copilul crește, el devine capabil să priceapă exact direcția, amplitudinea, rapiditatea și forța necesară executării actelor motrice.

Simțul kinestezic este important în cadrul mișcărilor statice, unde asigură adaptarea efortului la solicitări.

*Rezistența întîlnită la mișcare* reprezintă, de fapt, rezistența ce trebuie învinsă în timpul executării actelor motrice. Ea permite compararea a două greutăți și diferențierea tracțiunilor exercitate asupra segmentelor corporale.

### ***Structuri și conduite perceptiv-motrice***

Aceste structuri se dezvoltă și se perfecționează prin educație, fiind în strînsă corelație cu dezvoltarea inteligenței. Aspectele legate de dezvoltarea structurilor perceptiv-motrice sînt esențiale pentru specialistul care lucrează cu copiii ce prezintă un retard mental. La aceștia, evoluția structurilor perceptiv-motrice este lentă, tardivă



și incompletă. Uneori, ei devin adulți și tot au probleme legate de percepția corpului și orientarea spațio-temporală.

### *Schema corporală*

Termenul de schemă corporală este ambiguu, situație amplificată de utilizarea mai multor termeni: imaginea corpului, schema posturală, reprezentarea propriului corp.

Schema corporală este imaginea pe care fiecare persoană o are despre propriul corp. Este o imagine complexă, ce permite aprecierea relației existente între segmentele corporale și a raporturilor corpului cu mediul înconjurător. În sfera acestei noțiuni, P. Arcan (1980, p. 59) introduce două elemente: imaginea de sine – reprezentarea mentală a propriului corp; perceperea de sine – cunoașterea corpului în relație cu mediul înconjurător.

Unii autori pun semnul egal între schema corporală și imaginea corporală. În neurologie, prin imagine corporală se înțelege procesul de integrare la nivel cerebral a unei achiziții. Procesul de integrare implică identificarea, localizarea și orientarea în spațiu a diverselor segmente corporale. În acest caz este preferabilă utilizarea noțiunii de schemă corporală. Imaginea corporală se referă la modul de percepție a propriului corp, fiind un concept utilizat de psihologi.

M. Bruchon-Schweitzer, (1990, p. 174) identifică două tipuri de percepții ale propriului corp:

- primul tip se referă la caracteristicile fizice și spațiale ale corpului, fiind denumită *imagine spațială*;
- al doilea tip include percepțiile, reprezentările și afectele elaborate pornind de la propriul corp, reprezentând *imaginea afectivă*.

În primul an de viață, copilul își face o imagine sumară a propriului corp. Această imagine se structurează pornind de la experiențele senzoriale, senzitive și kinestezice pe care el le trăiește. Datele senzoriale și cele ale sensibilității proprioceptive sînt prelucrate la nivel cerebral, în aria schemei corporale (la nivelul homunculusului motor). Acest ansamblu de informații ce ajunge la creier permite separarea propriului corp de mediul înconjurător.

Schema corporală este elementul de bază al dezvoltării psihice a copilului. Ea face legătura dintre senzații și primele impresii legate de mediul înconjurător, ceea ce permite dezvoltarea activității psihice. Practic, schema corporală reprezintă corpul *real* al unei persoane, pe care se va structura imaginea *inconștientă* a corpului (de natură psihologică) (C. Allard, 1990, p. 7).

Structurarea schemei corporale se realizează doar în condițiile unei integrități anatomice a sistemului muscular, osteoarticular și nervos. Informațiile interne și externe sînt filtrate de schema corporală, care stă la baza exprimării necesităților corporale. Imaginea corporală este susținută de schema corporală și se împletește cu aceasta în momentul comunicării cu cei din jur. O persoană reacționează practic în funcție de necesitățile de moment, prin intermediul schemei corporale (C. Allard, 1990, p. 24).

Încă de la naștere, mama oferă copilului îngrijirile necesare legate de alimentație și curățenie. În timpul acestor îngrijiri și al jocului, se stabilește un contact

cutanat și de comunicare verbală între mamă și copil. În acest fel, mama joacă un rol esențial în construirea corpului propriului copil. Ea contribuie la formarea „eului”, al cărui punct de plecare îl reprezintă corpul (J. Richard, L. Rubio, 1995, p. 21).

Pornind de la aceste aspecte, J. Epstein (1982, p. 7) împarte primii ani de viață în trei mari etape: inițial, este etapa lui *eu și turul proprietății*, ce durează de la naștere până la 9 luni; este momentul în care încep primele explorări ale corpului și ale mediului înconjurător; este etapa în care schema corporală se dezvoltă prin atingere, prin reflectarea imaginii în oglindă sau prin contactul cu aerul, apa rece sau caldă. Urmează etapa *eu și alții*, ce durează de la 9 luni până la 2 ani; copilul se confruntă cu persoanele din anturaj, ceea ce-i permite să se descopere pe sine din punct de vedere motor, senzorial și mental; în această etapă continuă perfecționarea schemei corporale, prin intermediul experiențelor senzoriale și motrice. În final, se ajunge la etapa *eu împreună cu alții*, ce durează până la 3 ani; este un moment în care dezvoltarea schemei corporale a avansat, astfel că motricitatea devine doar suportul proceselor psihice și al relațiilor sociale.

Dezvoltarea „eului” corporal este complexă și pornește de la următoarele elemente de bază: o schemă corporală bine elaborată și imprimată la nivelul sistemului nervos; reprezentarea psihică a corpului, ce stă la baza elaborării strategiilor de acțiune; experiența afectivă a persoanei.

Formarea „eului” corporal este foarte importantă pentru copil, care devine subiect al propriilor gesturi, identificându-se pe sine la persoana întâi – „eu”. Gesturile efectuate de copil permit organizarea psihicului, pentru ca, ulterior, psihicul să organizeze gestul (J. Richard, L. Rubio, 1995, p. 21).

Construcția schemei corporale este influențată de dezvoltarea imaginii în oglindă, a limbajului și a elementului temporal. Imaginea în oglindă se dezvoltă începând de la vârsta de 6 luni. Această imagine este precisă, ceea ce permite confruntarea cu propria identitate.

Limbajul stă la baza fixării experiențelor motrice, sub forma unui sistem intern de reprezentări.

Elementul temporal este important, deoarece conștiința corpului este legată de noțiunea de prezent (M. Dugas, 1983, p. 18).

După A. De Meur (1988, p. 51), dezvoltarea schemei corporale parcurge patru etape.

*Descoperirea propriului corp* sau trăirea corporalității se structurează începând de la vârsta de doi ani; trăirea corporalității se referă la libertatea de mișcare a copilului și la capacitatea acestuia de a se simți bine în propria piele; în această etapă este importantă mișcarea liberă și amplă a segmentelor corporale, fiind mai puțin semnificativă cunoașterea denumirii lor.

Treptat, copilul trece în *etapa de cunoaștere a părților corpului*; această cunoaștere segmentară apare după ce copilul ia cunoștință global de propriul corp; în această etapă, copilul învață diferitele părți ale corpului de o manieră internă (simțind fiecare segment corporal) și externă (văzând segmentele corporale în oglindă, jucându-se cu mâinile și picioarele); progresiv, el ajunge să jongleze cu anumite noțiuni corporale, reușind să deseneze un personaj sau să construiască o păpușă din bucăți; este o etapă ce începe de la 2 ani și jumătate-3 ani și atinge apogeul în jurul vârstei de 4 ani.



*Orientarea spațio-corporală* apare după vârsta de 4 ani, când copilul își perfecționează simțurile și cunoaște toate pozițiile pe care le poate lua fiecare parte a corpului; această orientare spațio-corporală este din ce în ce mai complexă, astfel că preșcolarul poate asocia diferitele segmente corporale cu obiectele de îmbrăcăminte adecvate (asocierea piciorului cu gheata sau a capului cu căciulița); este o etapă ce durează pînă în jurul vârstei de 5 ani (A. De Meur, 1988, p. 10).

În final, copilul ajunge în etapa de *organizare spațio-corporală*; în acest moment, el poate executa un gest complex sau un grup de gesturi ce solicită percepția corporală, memoria și coordonarea; gesturile sînt executate cu mare precizie și cu dozarea efortului solicitat de execuție; tot în această etapă, legătura dintre schema corporală și psihic este pe deplin realizată, astfel că preșcolarul mare își poate exprima sentimentele prin reacții corporale.

Cunoașterea schemei corporale permite structurarea spațiului și a timpului. Copilul va raporta datele vizuale privind plasarea obiectelor în spațiu la propria schemă corporală. În funcție de aceasta, obiectele sînt situate în față, în spate, sus sau jos (S. Mănescu, 1986, p. 216).

Organizarea relațiilor spațiale apare doar după structurarea eului corporal. De asemenea, noțiunea de timp se naște din mișcare, din modificarea lentă sau rapidă a relațiilor spațiale.

### *Lateralitatea*

Omul înfruntă mediul înconjurător cu latura, și nu frontal. Apare, practic, o asimetrie funcțională (lateralitate), în strînsă legătură cu funcția dominantă a unui emisfer cerebral (S. Mănescu, 1986, p. 211).

Corpul uman prezintă o asimetrie morfologică și una funcțională. Asimetria morfologică se referă la distribuția organelor interne, care este diferită la nivelul hemicorpului drept și stîng. Asimetria funcțională (lateralitatea) implică folosirea cu precădere a unui anumit ochi, membru superior și membru inferior.

Asimetria funcțională este un fenomen înnăscut, fapt demonstrat de existența unei corelații părinți-copii, în ceea ce privește abilitățile motrice ale membrelor, în special ale membrelor superioare. Au fost emise numeroase ipoteze ce încearcă să explice această asimetrie funcțională. Unii autori insistă pe rolul major al eredității, dar mecanismul intim de transmitere este încă necunoscut. Există și specialiști ce insistă pe aspectul psihologic, care implică un mecanism de apărare împotriva anxietății.

Majoritatea autorilor explică lateralitatea prin dominantă cerebrală. Ipoteza a fost confirmată de studiile realizate pe persoane ce au suferit accidente cerebrale. Afectarea emisferului stîng este însoțită de hemiplegie dreaptă și afazie. Totuși, în evoluția lateralității, un rol important revine factorului ereditar, la care se adaugă cel cultural. Astfel, asimetria funcțională are o intensitate diferită, în funcție de activitatea depusă de o anumită persoană. Ea este mai puțin evidentă la persoanele din mediul rural, ce depun munci fizice care solicită ambele membre superioare și mai puternică la cele din urban, ce lucrează într-un birou. Practic, lateralitatea introduce o anumită specializare a segmentelor corporale (M. Ifrim, 1986, p. 484).



Dominanta cerebrală este un proces ce se realizează treptat, pînă la 6-7 ani. Copilul mic folosește ambele mîini în activitatea de manevrare a obiectelor. Pînă la vîrsta de 3-4 ani, apar fluctuații ale lateralității. Astfel, între 2 și 3 ani manevrarea obiectelor se realizează în special cu mîna dreaptă, iar între 3 și 4 ani cu mîna stîngă. În jurul vîrstei de 4-5 ani, apare o oarecare stabilizare a lateralității. În acest moment, peste 50% din copii sînt dreptaci, aproape 10% sînt stîngaci și 40% prezintă ambidextrie. Lateralitatea devine stabilă în jurul vîrstei de 6-7 ani, cînd copilul învață să scrie (P. Bizouard, 1995, p. 110). După această vîrstă, copilul prezintă o rezistență evidentă față de orice schimbare, chiar dacă aceasta este posibilă pînă la pubertate.

Au fost realizate trei clasificări ale lateralității, pornind de la natura, intensitatea și omogenitatea sa.

În funcție de *natură*, lateralitatea poate fi normală sau patologică. Lateralitatea normală depinde de localizarea comenzii cerebrale (în emisferul drept sau stîng), în timp ce lateralitatea patologică se manifestă în situația lezării emisferului responsabil (C. Păunescu, I. Mușu, 1990).

*Intensitatea* se manifestă sub forma unei lateralități puternic sau slab conturate. În condiții de lateralitate puternică, persoana folosește predominant un ochi, membru superior sau inferior. Persoanele ce folosesc în egală măsură ambele părți ale corpului prezintă o lateralitate slab conturată.

După *omogenitate*, lateralitatea poate fi omogenă, neomogenă și contrariată. Omogenitatea apare în situația în care tînărul este stîngaci sau dreptaci pentru ochi, mîna și picior. Neomogenitatea se manifestă în situația în care lateralitatea este diferită pentru diverse segmente corporale (de exemplu, dreaptă pentru mîna și ochi, stîngă pentru picior). În situația în care copilul este forțat să scrie cu mîna dreaptă, cînd el este stîngaci, apare contrarierea.

M. Dugas (1983, p. 17) a realizat un program complex de examinare a psihomotricității, în care include trei tipuri de lateralitate: *de utilizare*, ce cuprinde activitățile curente realizate cu diverse obiecte și instrumente; cea a *gesturilor spontane*, reprezentate de strîngerea mîinii sau încrucișarea brațelor și picioarelor; cea *tonică*, ce poate fi apreciată pornind de la mișcările de extensie și balans.

Toate probele se execută cu partea dreaptă și stîngă a corpului. Aprecierea lateralității se face pornind de la ușurința, rapiditatea, eficiența și precizia cu care se execută un anumit gest. Examinarea va fi completată cu probe grafice de desen și scris, la care se urmărește calitatea liniilor trasate, ușurința și rapiditatea execuției.

Lateralitatea este frecvent confundată cu noțiunea de dominantă laterală și cu cea de preferință manuală. Dominanta laterală indică folosirea cu predilecție a unui anumit membru sau ochi în activitățile ce trebuie realizate cu precizie. Preferința manuală indică mîna folosită de copil în momentul desfășurării unor activități ce necesită finețe și exactitate în execuție.

Totodată, lateralitatea nu trebuie confundată cu cunoașterea noțiunilor de dreapta și stînga. Lateralitatea reprezintă dominantă unei părți a corpului, aspect ce se manifestă în timpul executării unor gesturi ce impun fidelitate. Cunoașterea noțiunilor dreapta-stînga implică percepția axei propriului corp. Această cunoaștere se realizează prin mișcare, întrucît copilul se joacă, în special, cu o mîna, scrie și desenează cu ea, învățînd treptat că este vorba de propria mîna dreaptă sau stîngă (A. De Meur, 1988, p. 13).

Cunoașterea noțiunii de dreapta și stînga este strîns legată de lateralitate, dar și de structura spațială. Această cunoaștere se perfecționează progresiv, devenind *stabilă* în jurul vîrstei de 5 ani. În etapa următoare apare *reversibilitatea*, moment în care copilul indică mîna dreaptă sau stîngă a altui copil plasat în fața sa (vîrsta de 6 ani). În final se ajunge la capacitatea de *încrucișare* a datelor, cînd copilul arată pe propriul corp piciorul drept cu mîna stîngă.

Cunoașterea acestor noțiuni este elementul de bază în realizarea unei reprezentări corecte a corpului în spațiu. Într-o primă etapă, obiectele sînt orientate în raport cu propriul corp („scaunul este la stînga mea”). Ulterior, corpul va fi orientat în relație cu obiectul („eu stau în dreapta scaunului”) (A. Calza, M. Contant, 1999, p. 87).

Unii autori consideră că lateralitatea este plasată la intersecția dintre corpul real (cel anatomic și funcțional) și corpul imaginat (cel psihic), jucînd un rol important în dezvoltarea personalității copilului.

Lateralitatea are o importanță majoră în timpul perioadei școlare, influențînd direct activitatea de scris, orientată de la stînga la dreapta. Practic, orientarea spațială a textului este adaptată pentru dreptaci. În acest context, elevii stîngaci trebuie să prelucreză suplimentar informațiile și să le transpună la propriul plan spațial și motric. Această prelucrare suplimentară implică un anumit timp de latență, motiv pentru care unii elevi stîngaci par lenți.

În trecut, se insista pe scrisul cu mîna dreaptă, chiar dacă realizarea acestui gest presupunea un efort deosebit. În prezent, atitudinea în fața acestei probleme a suferit schimbări. În alegerea unei atitudini potrivite trebuie să ținem cont de vîrsta copilului, de motricitatea sa și de dorința copilului și uneori a familiei.

Cel mai important factor este reprezentat de *vîrstă*, deoarece în primii ani de viață lateralitatea suferă numeroase modificări. Preșcolarul stîngaci poate fi ușor învățat să deseneze cu mîna dreaptă. Copiii cu o *dezvoltare motorie deosebită* ajung cu ușurință la ambidextrie.

Al treilea factor este reprezentat de *dorința copilului*, orientată către desfășurarea activității cu mîna dreaptă. Frecvent, familia este preocupată de acest aspect, desfășurînd o adevărată „bătălie” care este foarte stresantă pentru copil.

Studiile realizate de M. Auzias (1975, p. 163) permit identificarea unei lateralități uzuale și a uneia grafice. Între cele două tipuri de lateralitate există o concordanță aproape perfectă. Face excepție situația în care copilul este stîngaci, dar este forțat să scrie cu mîna dreaptă (lateralitate contrariată).

În acest context, probele de lateralitate uzuală au valoare predictivă pentru:

- etapa prezentă, în care copilul cu lateralitate uzuală stîngă desenează cu mîna stîngă și are o probabilitate crescută de a scrie cu mîna stîngă;
- etapa viitoare, în care se întrezăresc șanse crescute de a scrie cu mîna stîngă, dacă nu intervin unele presiuni exterioare.

Frecvent, stîngacii suferă numeroase influențe, astfel că ajung să desfășoare unele activități cu mîna dreaptă.

Părinții exercită o *acțiune directă* asupra copiilor, prin impunerea efectuării gesturilor cu mîna dreaptă. La aceasta se adaugă și presiunea mediului social, care acționează în mod *indirect*. Toate ustensilele sînt construite pentru a putea fi ușor



folosite de persoanele dreptace, astfel încât cele stângace trebuie să-și schimbe mîna cu care execută un gest.

Un alt element esențial este reprezentat de *finețea gestului* ce trebuie realizat. Chiar dacă scriu cu dreapta, ei execută cu stînga activități ce solicită finețe și precizie.

În cadrul activităților zilnice se execută gesturi dirijate către *propria persoană* și către *obiecte*. Aceste gesturi sînt frecvent executate cu mîna dominantă ce asigură o execuție precisă.

Prin educație, aceste persoane devin capabile să folosească ambele membre superioare în egală măsură, dezvoltîndu-se astfel ambidextria. În prezent, specialiștii sînt orientați către stimularea ambidextriei prin educație. Mai tîrziu, în activitatea profesională, aceste persoane vor desfășura cu ușurință acțiuni ce solicită o execuție bimanuală precisă.

Un copil prezintă *ambidextrie grafică* în situația în care: forma literelor scrise cu mîna stîngă este asemănătoare cu cea a literelor scrise cu dreapta; calitatea punctelor înscrise la testul *tapping* diferă foarte puțin; viteza de execuție a testului *tapping* este asemănătoare la cele două mîini; elementele motricității grafice sînt comparabile: modul de apucare a creionului, mișcarea degetelor, poziția mîinii, sprijinul acesteia; scrisul realizat cînd cu o mînă, cînd cu cealaltă, schimbarea efectuîndu-se în mod spontan; o mînă este folosită pentru scris și cealaltă pentru desen. Primele trei elemente sînt esențiale pentru diagnosticul unui copil cu ambidextrie grafică.

Încă din primii ani de viață, părinții trebuie să lucreze cu copilul pentru dezvoltarea ambidextriei sau a unei dominante laterale omogene și puternice. Pornind de la aceste elemente, deosebim trei etape de dezvoltare a lateralității caracteristice copilului preșcolar:

- *descoperirea părții dominante* a corpului se realizează începînd de la 4 ani, cu ajutorul jocurilor ce impun execuții simetrice;
- după 5 ani, copilul începe să-și *organizeze gesturile* în funcție de propria lateralitate; mîna dominantă execută o acțiune, pe cînd cealaltă mînă ajută;
- în final, se ajunge la *recunoașterea părții drepte și stîngi* a propriului corp și a persoanelor din față (6-7 ani) (A. De Meur, 1988, p. 45).

### Organizarea spațio-temporală

Spațiul și timpul sînt noțiuni abstracte, ce se construiesc pornind de la percepția corporală. Practic, ele nu există atîta timp cît nu există un individ care să le conceapă mental și un corp care să le perceapă. Formarea acestei structuri se realizează pornind de la experiențele trăite de copil. Din păcate, la copilul cu retard mental percepția mediată de acțiune și reprezentare mentală sînt slab dezvoltate. În aceste condiții, el are numeroase probleme legate de orientarea spațială și temporală.

**Organizarea spațială.** După J.M. Tasset (citată de A. De Meur, 1988, p. 13), spațiul implică structurarea mediului înconjurător, realizată prin raportarea la propria persoană sau la unele obiecte. Organizarea spațiului este strîns legată de cunoașterea schemei corporale și a noțiunii de dreapta-stînga. Cea mai importantă este cunoașterea schemei corporale, ce se realizează pornind de la senzațiile corporale de la suprafață și din interior. Receptori kinestezici oferă informații legate de poziția segmentelor

corporale în spațiu, ceea ce conduce la dezvoltarea *spațiului intern* al corpului ce trebuie înțeles în mod anatomic și neurofiziologic. Acest spațiu este esențial, deoarece stă la baza dezvoltării personalității copilului și a delimitării eului corporal (J. Richard, L. Rubio, 1995, p. 113).

După percepția propriului corp, apare posibilitatea cunoașterii *spațiului extern*, prin care se identifică relația cu mediul înconjurător și cu persoanele din anturaj. În aceste sens, trebuie să insistăm asupra distanțelor relaționale ce apar între persoane.

E. Hall (citată de U. Șchiopu, 1997, p. 29) identifică patru tipuri de distanțe psihice, reprezentate de distanța intimă, personală, oficială și publică. Aceste distanțe sînt importante în actul terapeutic, deoarece influențează relația pacient-terapeut, de aceea vom insista asupra lor. Distanța *intimă* este cea a dragostei, dar și a urii, fiind practic distanța în care trăirile psihice sînt puternice. Distanța *personală* cuprinde colegii și prietenii, ea indicînd gradul de implicare a persoanei în viața grupului social din care face parte. Distanța *oficială* implică ierarhiile sociale și comportamentele solicitate de acestea. Distanța *publică* apare între actor și spectator. Toate aceste distanțe permit dezvoltarea socializării unei persoane, ele fiind importante la persoanele cu retard mental, ce pot avea probleme din acest punct de vedere. Dezvoltarea conceptului de spațiu este strîns legată de funcția vizuală. Perspectiva și profunzimea cîmpului nu există în realitate, ele apărînd doar prin convergență vizuală, fenomen ce stimulează dezvoltarea percepției binoculare (A. Calza, M. Contant, 1999, p. 19).

Practic, dezvoltarea conceptului de spațiu pornește de la coordonarea oculo-motorie, ce permite cucerirea unui nou univers, reprezentat de *spațiul vizual*. După un an, se dezvoltă echilibrul dinamic, astfel că apare explorarea, însoțită de lărgirea cîmpului de investigație, ceea ce determină dezvoltarea *spațiului locomotor*. Treptat, copilul își controlează din ce în ce mai bine mișcările, devenind capabil să-și folosească corpul pentru explorarea mediului înconjurător. Această explorare se realizează prin intermediul jocului și a jucăriilor, ceea ce permite construirea conceptului de permanență a obiectelor (J.P. Deschamps, 1981, p. 46).

În perioada preșcolară se realizează progrese remarcabile în ceea ce privește înțelegerea relațiilor spațiale. În acest sens, copilul parcurge trei momente:

- inițial, el se plasează în funcție de un obiect (se așază pe un scaun);
- treptat, reușește să realizeze aranjarea obiectelor în spațiu (scaunul este lângă masă);
- în final, ajunge la organizarea spațiului pe care îl are la dispoziție (într-un desen, el plasează corect în spațiu elementele componente) (A. De Meur, 1988, p. 13).

În timpul activității, este important să studiem mișcarea corpului în spațiu. Pornind de la acest aspect, R. Manno (1992, p. 141) deosebește două tipuri de orientare spațială: în funcție de obiectele aflate în mișcare, situații în care corpul este relativ static; în relație cu anumite puncte de reper fixe sau mobile. În situația orientării față de un obiect aflat în mișcare, este importantă informația vizuală, ce permite stabilirea unei anumite viteze de deplasare. În raportarea la punctele de reper, informația optică este strîns legată de cea vestibulară și kinestezică.

Structura spațială este strîns legată de schema corporală, de coordonarea oculo-motorie, de echilibrul static și dinamic. Această structură este un element integrant al vieții de zi cu zi, astfel că nu este corectă prezentarea ei separată.



Claritatea expunerii ne determină să prezentăm separat fiecare aspect al structurilor perceptiv-motrice, aflate, în realitate, în strînsă interdependență.

Structura spațială se formează pînă la vîrsta de 8 ani, proces ce se realizează în patru mari etape: începînd de la vîrsta de doi ani, copilul *cunoaște noțiunile spațiale*, reușind să se deplaseze liber în spațiul familial; pînă la 4 ani, el devine capabil să se situeze corect în spațiu, să ordoneze obiectele după mărime și să jongleze cu anumite noțiuni (în față/în spate, sus/jos, mare/mic).

Etapa următoare este reprezentată de *orientarea spațială*, ce durează de la 4 ani pînă la 5 ani, 5 ani și șase luni; copilul cunoaște deja termenii spațiali și reușește să orienteze obiectele în funcție de un anumit criteriu (în față, în jos); tot în acest moment, se dezvoltă și noțiunea de stînga-dreapta, ceea ce facilitează cunoașterea relațiilor spațiale; dezvoltarea memoriei spațiale ușurează orientarea copilului în spațiu, astfel că el poate urma un traseu, orientîndu-se chiar în situația schimbării reperelor (A. De Meur, 1988, p. 97).

După vîrsta de 5 ani, copilul trece la etapa dinamică de *organizare spațială*, în care orientările sînt combinate; copilul își va organiza spațiul de viață și mai ales cel de joc, în funcție de dorințele proprii; în acest moment, el respectă cu rigurozitate un anumit traseu impus, ocupă în timpul jocului exact spațiul care îi este destinat și reușește să traseze linii oblice.

În final, el ajunge la *înțelegerea* complexă a relațiilor spațiale; este o etapă ce durează pînă la 8 ani și în care se dezvoltă noțiunile de simetrie, opoziție, inversare, transpoziție, esențiale pentru învățarea scrisului.

Practic, pe structura spațială se bazează: cunoașterea relației dintre corp și mediul înconjurător; perceperea situației ce există între diferite obiecte; organizarea obiectelor în spațiu și a propriei persoane în funcție de acestea.

**Orientarea temporală.** După A. De Meur (1988, p. 15), structura temporală reprezintă posibilitatea unei persoane de a acționa în funcție de succesiunea unor evenimente, de durata acestora, de reluarea ciclică a unor perioade și de ireversibilitatea lor. Pornind de la succesiunea evenimentelor, copilul se familiarizează cu noțiunile de înainte, în timpul și după. În funcție de durata unor intervale, el percepe și deosebește perioadele lungi de cele scurte, ritmurile regulate de cele neregulate și cadențele rapide de cele lente.

Ideea de reluare ciclică a unui interval presupune cunoașterea noțiunilor de zi, săptămînă, lună și an. Conceptul de ireversibilitate este strîns legat de cel de îmbătrînire (ai 4 ani, dar peste cîteva zile vei împlini 5 ani).

Timpul, ca și spațiul sînt elemente strîns legate de corp, care le percepe, și de psihic, care le gîndește. Măsurarea timpului nu este un element înnăscut, ci depinde de dezvoltarea proceselor cognitive, de reprezentarea de sine și de dezvoltarea imaginației. Această noțiune este strîns legată de cea a spațiului intern (A. Calza, M. Contant, 1999, p. 18).

Este vorba de spațiul anatomic și neurofiziologic al corpului, în care se pot diferenția diverse ritmuri corporale, legate sau nu de voință: ritmul cardiac, respirator, al alimentației, al menstruației, ciclul veghe-somn. Ritmul cardiac sau cel al menstruației sînt independente de voința persoanei, în timp ce ritmul respirator, al

alimentației sau al ciclului veghe-somn pot fi modificate după dorință. Ritmul corporal ce stă la baza dezvoltării conceptului de timp este perceput încă din viața intrauterină, pornind de la ritmul cardiac matern.

Noțiunea de timp este abstractă, fiind învățată cu destulă dificultate. Încă de la vârste mici, copilul trăiește în timp identificînd un joc ce durează prea puțin și o perioadă de odihnă ce este prea lungă. Preșcolarul mic povestește ceva, fără a respecta o anumită ordine cronologică. După 4-5 ani, el se poate plasa pornind de la o anumită ordine (înainte-după), astfel că povestea capătă treptat logică.

Structurarea timpului se realizează pornind de la percepție, prin interacțiunea analizatorului vizual, auditiv, kinestezic și cu ajutorul gândirii (M. Epuran, 1976, p. 135).

La preșcolar, dezvoltarea acestei percepții se realizează în două etape reprezentate de definirea timpului și de orientarea verbală în timp. Inițial, copilul mic învață să definească timpul, pornind de la activitatea de joc. După vârsta de 5 ani, se dezvoltă orientarea verbală în timp, astfel că el folosește și înțelege sensul noțiunilor legate de timp (acum, înainte, după). Percepția timpului permite organizarea unei acțiuni și aprecierea duratei acesteia. Activitatea este organizată eficient doar după învățarea noțiunilor de durată și viteză.

Au fost identificate două tipuri de timp: cel subiectiv, creat de impresia fiecărei persoane în parte; cel obiectiv, măsurat cu ajutorul ceasului și care nu suferă modificări.

La copil, dezvoltarea noțiunii obiective de timp se realizează cu ajutorul unor puncte de referință. Programul unei zile și al unei săptămîni are anumite repere ce sînt respectate cu rigurozitate (A. De Meur, 1988, p. 15).

Structurarea orientării temporale are patru etape și începe de la vârsta de 4 ani.

Inițial, copilul înțelege unele elemente temporale, astfel că el reușește să regăsească o suită logică și să rețină în ce ordine trebuie executate anumite gesturi; este etapa de *ordine și succesiune* ce apare începînd de la vârsta de 4 ani.

Treptat, copilul percepe *durata intervalelor*, reușind să deosebească activitățile ce durează puțin de cele care durează mai mult timp; tot în acest moment el înțelege noțiunea de timp și scurgerea timpului, făcînd diferența între 5 minute, o oră și o zi; este o etapă ce se perfecționează după vârsta de 4 ani.

În etapa a treia, copilul înțelege *fenomenul revenirii ciclice* al unor perioade; vorbind de dimineață și seară, un copil de 4 ani poate asocia anumite activități și gesturi; el cunoaște ordinea anotimpurilor și asociază fiecare perioadă cu activitățile specifice de joc (iarna se dă cu săniuța, vara merge la mare); de asemenea, el reușește să prezinte în ordine numele zilelor săptămîinii, asociindu-le cu anumite activități specifice (luni merg la grădiniță, marți am ore de balet).

În final, se dezvoltă *ritmul*, care cuprinde noțiunile de ordine, succesiune, durată și alternanță; începînd de la 4-5 ani, copilul percepe ritmul impus de o anumită activitate, ca și pe cel al scrisului (A. De Meur, 1988, p. 181).

Timpul este imaterial, dar poate fi exprimat prin sunet. Sunetul accentuat la intervale regulate se transformă în tempo, iar cel care se repetă la intervale neregulate devine ritm (A. Lapiere, p. 1976, p. 432). *Tempoul* poate fi definit drept cantitatea de cicluri ce se repetă în unitatea de timp. Într-un joc putem vorbi de un tempo lent atunci cînd acțiunile au o densitate redusă pe unitatea de timp. *Ritmul* este o formă specifică



de organizare a timpului ce se caracterizează prin periodicitate și structură. Perceperea ritmului presupune sesizarea alternării în timp a unor stimuli. Alternarea lor este regulată și se însoțește de evidențierea unora prin accentuări. Intervalele de timp ce caracterizează ritmul sînt egale, dar acțiunile se pot succede chiar neregulat. Practic, ritmul se elaborează pe două planuri diferite: cel al percepției și cel al reprezentării.

Noțiunea de timp trebuie, obligatoriu, legată de propriul corp și în această direcție ea are două sensuri: în primul rînd, este vorba de o abordare corticală, prin care este reglată mișcarea; este un ritm ce îndeplinește un rol de reglare a mișcării, ce-i conferă armonie; al doilea sens este reprezentat de stilul corporal, influențat direct de psihomotricitatea persoanei; este un ritm propriu ce corespunde personalității fiecăruia. (J. Richard, L. Rubio, 1995, p. 17).

Ritmul corporal va permite structurarea unei relații terapeutice. Pornind de la mișcare, se va structura o anumită relație ritmică, legată de periodicitatea săptămînală a ședințelor de tratament. În timpul ședinței se respectă periodicitatea de execuție a unor probe, ceea ce oferă anumite repere ale ritmului

În cadrul unei relații terapeutice, înțelegerea timpului este complexă și urmează două direcții: este vorba, în primul rînd, de timpul necesar pentru stabilirea unei relații între pacient și terapeut; un alt element este reprezentat de ritmul corporal propriu, ce influențează stabilirea relațiilor interpersonale. Aceste aspecte sînt esențiale în cazul copiilor cu retard mental, la care noțiunea de timp se elaborează cu dificultate și la care comunicarea verbală este dificilă.

Toate elementele psihomotricității și în special structurile perceptiv-motrice joacă un rol major în adaptarea copilului la școlaritate și a adultului la activitatea profesională. Cunoașterea timpurie a retardurilor și a problemelor existente la acest nivel permite intervenția precoce, reprezentată de educarea și reeducarea psihomotrică.

## TULBURĂRI DE PSIHOMOTRICITATE

Tulburările de psihomotricitate sînt prezentate de către A. De Meur, ca fiind niște „tulburări instrumentale”, consfințind de această manieră, legătura indisolubilă dintre psihic, ca centru de comandă și fizic, ca instrument de execuție. După același autor, dificultățile motorii trebuie căutate și în tulburările de schemă corporală, inclusiv a celor spațio-temporale.

O clasificare exhaustivă a tulburărilor de psihomotricitate este imposibil de realizat, date fiind formele extrem de variate, sub care acestea se pot prezenta, în balanță fiind toată gama funcțiilor instrumentale și afective, interrelația dintre corp și psihic sau conexiunile probabile dintre inteligență și sensibilitate.

Domeniile de explorare a tulburărilor de psihomotricitate se regăsesc în patologia neurologică, grupate în așa numita infirmitate motorie cerebrală (I.M.C.), abordabilă încă din perioada primei copilării. Într-o viziune mai modernă, motricitatea este considerată ca un instrument, în timp ce psihomotricitatea este conectată la personalitate, sub toate formele ei de exprimare. Tulburările psihomotrice nu corespund unei leziuni în focar ca sindroamele neurologice clasice; ele sînt mai mult sau mai puțin automatizate, mai mult sau mai puțin motivate, mai mult sau mai puțin subite, mai mult sau mai puțin dorite; sînt legate de afectivitate, dar și de somatic prin legăturile cu calea finală comună, dar nu prezintă caracteristicile unei dereglări definitive a sistemului neuropsihologic; ca formă, pot fi persistente sau labile, dar sînt variabile ca expresie; ele rămîn intim legate de aferențe și de situații; au adesea un caracter de expresie comică, caricaturală și păstrează caracterul primitiv care le este propriu de fazele primitive de contact și de repulsie, de pasivitate și de agresivitate. Uneori, ele nu au aceeași formă ca mișcărilor primare, dar au valoarea unui simbol (R.Dailly, 1980, p.13).

Psihomotricitatea se adresează, în egală măsură, și copiilor și adulților, despre care se spune că nu se simt bine în propriul corp și au dificultăți de comunicare și de acțiune asupra mediului ambiant, cu referire specială pentru aparținători. Aceste probleme se manifestă sub două forme, bine definite: corporal și relațional.

Analizînd din punct de vedere corporal fenomenul, se remarcă prezența unui proces de neîndemînare, coordonare defectuoasă și o schemă corporală rău integrată, în contextul unor probleme psihomotrice evidente.

Din punct de vedere relațional, sînt caracteristice dificultățile de comunicare și de contact cu alte persoane, alternînd între stări de inhibiție și manifestări de instabilitate, mergînd pînă la ieșiri necontrolate de agresivitate.

Mișcarea, analizată din punct de vedere strict neuromotor, este studiată încă din faza ei de eleborare corticală și continuată pe traiectele sale piramidale descen-



dente. Din punct de vedere psihomotor, însă, situația este oarecum diferită, ea însumând și motivația psihică, ce a condus la angajarea aparatului locomotor în mișcare. S-a mai stabilit și faptul că între neuro și psihomotricitate există și releul hipotalamic, evidențiat în corelația certă ce există între stările de anxietate și creșterea tonusului muscular.

Deficitul psihomotoric nu se manifestă de o manieră specifică și localizată. Apar tulburări difuze ale comportamentului motor și a celui psihic. Din punct de vedere motor, deficitul se manifestă mai complex, interesând echilibrul static și dinamic, coordonarea dinamică generală, ritmul mișcării, scrisul, lectura etc. Diferențierea este mai dificilă, dar poate înclina balanța, atunci când sînt interesate și neuro și psihomotricitatea, ilustrat de infirmitatea motrică cerebrală, cunoscută și ca sindrom clinic, situație în care apar și tulburări, ce pot fi atribuite releului mezencefalic, dublate de tulburări de schemă corporală și spațio-temporală.

Acesta este și motivul pentru care tulburările de psihomotricitate trebuie abordate complex, integrate într-un cadru conceptual și nu separat și simplist. Prin acest termen se arată că o problemă psihomotrică poate afecta personalitatea în totalitate. Astfel, o dificultate motorie se va repercuta asupra structurii normale a schemei corporale și chiar a structurării spațio-temporale. (A. De Meur 1988, p.27)

J. Richard, (1995, p.26) consideră că tulburările de psihomotricitate la copil sînt reprezentate de: tulburări de tonus: hipertoniile, paratoniile, distoniile diverse, sincineziile; dipraxiile sînt dificultăți de coordonare motrică ce au consecințe negative în învățarea școlară deoarece se asociază cu o mișcare lentă – din ele fac parte, în mod special, disgrafiile; hiperactivitatea copilului – sindromul hiperkinetic presupune o agitație motrică permanentă și fără sens sau scop; ticurile au forme variate; tulburările dominantei laterale; tulburările de organizare a spațiului și timpului – determină dificultăți în învățarea școlară.

În cadrul tulburărilor conduitelor motrice sînt prezentate separat problemele ce pot apărea la nivelul celor trei tipuri de manifestări de activitate la copil, adică tulburări la nivelul: conduitelor motrice de bază; conduitelor neuro-motorii; conduitelor perceptiv-motrice.

### **Conduitele motrice de bază**

Sub acest titlu, sînt grupate cele patru modalități, prin care se exprimă, în ordinea în care „vin pe lume”, conduitele motrice de bază: coordonarea oculo-motorie, echilibrul static și dinamic, coordonarea dinamică generală..

*Coordonarea oculo-motorie* este considerată esențială pentru realizarea unui gest abil. Tulburările aceste coordonări devin evidente, mai ales în timpul executării unor gesturi, cu deosebire în timpul prehensiunii.

La copii se remarcă neîndemînarea, ce este pusă în evidență în caz de relație directă cu obiectele. În acest caz gesturile neadaptate scopului propus sînt lente, bruste sau greșit concepute. Apare practic o dezorganizare a succesiunii mișcărilor. (J.J.Guillarmé, 1982, p.32)

În anumite cazuri, apar nepotriviri între acțiunile clonice și cele tonice, manifestări ce sînt caracteristice situațiilor patologice fiind atribuite patologiei



cerebelului (la adult) sau unei întârzieri de maturizare (la copil). Uneori, întârzierea în maturizare depășește vârsta programată și apare o debilitate a funcției. În această situație s-a putut descrie un nou model de asinergie motorie, careia îi corespund și anumite probleme psihologice.

Pentru învățarea scrisului, coordonarea oculo-motorie are un rol esențial. Coordonarea oculo-motorie nesatisfăcătoare se însoțește de întreruperi ale traseului, aplatizări bucle incorect conturate, litere închise prea mult sau prea puțin, trăsături încheiate devreme sau târziu.

**Echilibrul static și dinamic.** Privit în ansamblu, echilibrul static și dinamic ridică probleme legate de deficiențe la nivelul sprijinului podal și la nivelul controlului tonico-postural. În timpul echilibrului static (poziția corpului) și dinamic (mers, alergare, sărituri) pot fi observate posibilitățile motrice generale, precum și stilul motric (G. B. Soubiran 1975, p.64).

Luate separat, tulburările echilibrului static apar în leziuni la nivelul sistemului vestibular, cerebelos și la nivelul căii sensibilității profunde conștiente. Se știe că în cazul în care leziunea este ușoară, echilibrul static este posibil, dar cu o bază mare de susținere, iar în leziunile grave, echilibrul static neurologic nu se mai poate realiza sub nici o formă (Gh. Pendefunda, 1992, p.30).

Tulburările echilibrului dinamic, mult mai complexe decât ale celui static apar în situațiile unor leziuni ale căii piramidale, la nivelul sistemului piramidal, sistemului vestibular, al sensibilității profunde sau la nivelul sistemului muscular. În aceste situații, mersul devine caracteristic: mai lent, greoi, rigid, forfecat etc, în raport de specificul afecțiunii.

După majoritatea autorilor se consideră că atitudinile incorecte au un caracter comun, fiind considerate drept atitudini de „stabilizare” în care, segmentele corporale au mici oscilații în jurul poziției de echilibru. Tot în cadrul atitudinilor de stabilizare apare și o accentuare a oblicității segmentelor corporale, ce sînt menținute în aceste poziții fie prin creșterea tensiunii ligamentare, fie printr-o tensiune musculară tonică permanentă.

În urma oblicizării unor segmente corporale se ajunge la atitudini „în arc” sau „în acordeon”, prin reacții de sens contrar. Atitudinile incorecte atunci cînd sînt asociate cu hipertonie musculară, sînt foarte obositoare.

Tulburările prezentate au la bază cauze neuromotorii, dar pot avea și cauze psihologice, atunci cînd copilul nu are încredere în posibilitățile sale. Neîncredere, se manifestă clinic, prin dezechilibrări ce apar în timpul mersului sau în poziția ortostatică (A. De Meur 1988, p.28).

**Coordonarea dinamică generală.** Apariției tulburărilor de coordonare se înscriu următoarele cauze: tulburări ale sensibilității superficiale sau profunde, inconștiente sau conștiente; tulburări vestibulare sau cerebeloase; tulburări psihologice sau afective: copilul nu se poate concentra asupra acțiunilor sale, este anxios și nesigur pe el.

Subiectiv, la acești copii se remarcă prezența unor gesturi dizarmonice. Obiectele sînt manevrate greoi, îmbrăcarea și dezbrăcarea durează foarte multe, iar literele sînt trasate ezitant.

După A. De Meur (1988, p. 29) semnele obiective ale tulburărilor de coordonare sînt reprezentate de discronometrie, dismetrie, asinergie și adiadococinezie. *Discronometria* se manifestă clinic printr-o întîrziere a declanșării mișcării și un retard al opririi ei. *Dismetria* se manifestă prin exces de mișcare și este însoțită de hipermetrie, adică de o mișcare de prea mare amplitudine și hipometrie, cînd mișcarea este mai scurtă, față de scopul pentru care a fost inițiată. *Asinergia* reprezintă lipsa de coordonare a componentelor musculare ale unei mișcări ample cum ar fi mersul, aplecarea pe spate, ridicarea din poziția așezat.

*Adiadococinezia* se manifestă prin dificultățile ce apar în situațiile în care trebuie executate gesturi rapide, alternative și de sens contrar.

Literatura de specialitate încadrează *dispraxia* în cadrul tulburărilor de coordonare generală, care definesc dispraxiile ca fiind dificultăți de coordonare motrică ce perturbă precizia actelor motrice și învățarea școlară.

Există păreri care atribuie dispraxia tulburărilor motorii, de structurare spațio-temporală și afectiv-caracterială, reprezentate de neîndemînare și lipsa de control a mișcării. În acest context ritmul mișcării este inegal, lent, accelerarea o dezorganizează, iar tulburările de structurare spațio-temporală se manifestă prin tulburările de lateralitate, perturbări lexice, grafice, de calcul. Tulburările afectiv-caracteriale la rîndul lor se manifestă prin instabilitate, atitudine infantilă, intoleranță la eșecuri (C.Păunescu, I. Mușu, 1990, p.96).

### **Tonusul muscular în relație cu motricitatea**

Anomaliile tonusului muscular sînt reprezentate de hipertonii, hipotonii, paratonii, distonii ca expresii a spasticității și sincinezii. Spasticitatea și rigiditatea sînt incluse în hipertonia musculară. (J.Richard, 1995, p.26)

**Hipertonía musculară** ca apartenență și particularități clinice este atribuită leziunilor de neuron motor central și se manifestă prin apariția unei contracții musculare reflexe atunci cînd se încearcă o întinderea pasivă bruscă a mușchilor scheletici aflați în stare de repaus. Această contracție involuntară apare, datorită intrării în acțiune a unui reflex numit reflex de întindere sau reflex miotatic, descris pentru prima dată de Sherrington..

Hipersensibilitatea arcului reflex de întindere reprezintă una din tulburările principale ce activează spasticitatea, hiperreflexivitatea și clonusul. Spasticitatea predomină pe mușchii flexori ai membrele superioare și pe extensorii de la nivelul membrelor inferioare. (C.Amiel-Tison, 1997, p.21) În acest context mobilizarea rapidă a membrelor pacientului de către terapeut, determină apariția unei rezistențe inițiale care apoi dispare. Această secvență de rezistență-destindere definește spasticitatea.

După A. Albert (1969, p.14), spasticitatea se prezintă sub forma unei hipertonii musculare permanente, ce fixează articulația într-o anumită poziție. Alura, intensitatea și condițiile în care apare contractura musculară sînt caracteristice spasticității unui grup muscular într-un anumit moment al evoluției sale.



Rigiditatea musculară. În acest caz, mobilizarea segmentară este aproape imposibilă. Examinatorul percepe o creștere accentuată a rezistenței în timpul mobilizărilor pasive și lente. Rigiditatea implică o leziune extrapiramidală.

Diferența dintre spasticitate și rigiditate este bine definită la adult. La copiii atinși de infirmitate motrică de origine cerebrală cele două fenomene coexistă, fiind dificilă diferențierea (C. Amiel-Tison 1997, p.21).

**Hipotonia musculară** se pune în evidență prin mobilizări pasive, executate de terapeut. Acesta percepe scăderea rezistenței la întindere opusă de musculatura hipotonă, devenită progresiv hipotrofică. Hipotonia musculară este consecința unei afectări nervoase periferice, adică începînd cu neuronul motor periferic, situat în coarnele anterioare ale măduvei spinării, implicînd arc reflex tonigen în totalitatea sa.

**Distoniile musculare.** Prin definiție ele reprezintă toată gama de mișcări tonice și intermitente ce pot afecta anumite zone sau tot corpul. Distoniile de natură nervoasă degenerativă afectează tot corpul fiind frecvent întîlnite la persoanele de vîrstă a treia. Distoniile localizate pot afecta anumite segmente corporale sau unele grupe musculare. Cele localizate numai la unele grupe musculare, sînt denumite distonii focale, iar cele localizate la nivelul unui segment corporal sînt distonii segmentare.

Distonia de atitudine cea mai cunoscută este reprezentată de torticolisul spasmodic, în care este prezentă o contractură lentă, progresivă sau bruscă a mușchiiului sterno-cleido-mastoidian, pe de o parte, asociată cu cea a mușchiiului splenius de parte opusă, ceea ce determină rotația capului de aceeași parte cu aceasta din urmă.

**Paratoniile** reprezintă o imposibilitate de relaxare voluntară a mușchilor, datorată unor tulburări ale tonusului de repaus. În momentul mobilizării pasive a unui segment corporal, pot apărea blocaje opoziționale sau contracții involuntare ce traduc incapacitatea de control asupra mișcărilor voluntare.

Paratonia este normală la copilul mic și la persoanele cu o constituție athletică. Ea apare datorită maturizării tardive a sistemelor de comandă motrică înscriindu-se în cadrul retardurilor în dezvoltare motrică și a limbajului.

J. Berges (citată de R. Dailly, 1980, p.13) descrie două categorii de paratonie: de fond și de acțiune.

Paratonia de fond este pusă în evidență în timpul manevrelor de mișcare pasivă a brațelor și se manifestă printr-o frînare globală a mobilizării pasive. Paratonia de acțiune este pusă în evidență tot prin mobilizări pasive dar de mai mare amplitudine, iar frînarea apare la un anumit grad de amplitudine a mișcării. Paratonia de acțiune împiedică manevrele de mobilizare pasivă, deși pînă la un punct ele sînt ușor de realizat.

**Sincinezile** sînt reprezentate de unele mișcări involuntare, ce însoțesc mișcările voluntare ale părții active, ele reprezentînd reacții tonice, induse de mișcările pe care le vor paraliza.

Primele mișcări ale copilului sînt fără un scop anume, ample și aproape totdeauna bilaterale. Doar după cîteva luni de la naștere, se diferențiază mișcările unilaterale. Controlul copilului asupra mișcărilor sale depinde de evoluția sa fiziologică, adică de maturizarea sa. Eliminarea unei sincinezii este o problemă de timp, ce se rezolvă spontan pe parcursul procesului de creștere și dezvoltare.



După Gh. Pendefunda, (1992, p. 49) sincineziile se prezintă sub trei forme: globale, de coordonare și de imitație. Sincineziile *globale* sînt reprezentate de mișcări la nivelul părții paralizate, mișcări ce apar în timpul unui efort. Sincineziile de *coordonare* sînt mișcări involuntare care apar la nivelul unui grup muscular cu ocazia mișcărilor voluntare ale altor grupe musculare cu care are legături funcționale. Sincineziile de *imitație* constau din reproducerea involuntară la nivelul membrelor hipertone a mișcărilor voluntare executate cu partea sănătoasă. Aceste manifestări motrice au un sens diferit, în funcție de perioadele de maturizare psihomotrică sau de contextul neurologic în care ele sînt constatate.

### Conduitele perceptiv-motrice

*Schema corporală* este cunoscută, mai mult, prin tulburările pe care le prezintă denumite și tulburări somatognoze. Aceste tulburări sînt determinate de leziunile cerebelului se manifestă prin iluzii kinestezice sau prin hemisomatoagnozie, adică sentimentul absenței unei părți a corpului.

Tulburările pot apare și ca urmare a unor leziuni cerebrale, în care elementul esențial este reprezentat de agnozia digitală, care explică multe din dificultățile de orientare spațială, dislexia, disgrafia sau discalculia. Acest bagaj simptomatic este atribuit sindromului Gerstman în cadrul căruia se constată prezența unui complex de agnozii: grafică, de calcul, confuzia dreapta-stînga și digitală. Cît privește ultima din ele, cea digitală se manifestă sub forma imposibilității de a distinge, arăta, numi și alege diferite degete de la mîna proprie sau de la cea a examinatorului.

Tulburările minore se caracterizează printr-o întîrziere în apariția structurilor de schemă corporală, prin ritmul lent de formare și evoluție, prin existența acestor structuri dar insuficient elaborate. Toate aceste fenomene apar frecvent la deficienții mentali.

Tulburările schemei corporale evidențiază prezența unor probleme motorii sau intelectuale. Excepțînd aceste cazuri, restul tulburărilor de realizare a schemei corporale sînt de ordin afectiv

Cît privește copilul deficient psihomotor, acesta se remarcă prin aceea că nu-și recunoaște părțile propriului corp chiar și atunci cînd desenează. De asemenea el nu își situează corect membrele, nici atunci cînd are obligația de a executa un gest. Problemele care apar sînt datorate dificultăților pe care le are copilul în perceperea poziției segmentelor corporale în spațiu. (A. De Meur, 1988, p.32).

Pentru tratarea tulburărilor de schemă corporală, relația copil-terapeut este de cea mai mare importanță, deoarece angajează relațiile de natură afectivă ce trebuie să stea la baza cooperării lor.

*Lateraliitatea emisferică.* În cadrul tulburărilor de dominantă laterală sînt incluse dislateralitatea și confuzia legată de o educație neadecvată. Noțiunea de dislateralitate a fost folosită pentru prima dată Orton și desemnează „complexul de tulburări consecutive reducerii forțate a stîngăciei cît și acțiunea propriu zisă de contrariere a senestralității la copil”.

Cauzele tulburărilor de lateralitate pot fi motrice, neurologice, sociale sau psihologice.

Tulburările de lateralitate legate de cauze motrice și neurologice apar ca urmare a unei infirmități sau leziuni cerebrale. În acest caz există o pseudostîngăcie, deoarece persoana folosește în activitate mîna stîngă, ca urmare a faptului că cea dreaptă este paralizată sau amputată.

Din punct de vedere social, copilul poate deveni stîngaci prin imitarea unui părinte stîngaci. De asemenea, uneori copilul este stîngaci dar în mediul său familial multe lucruri sînt organizate pentru dreptaci și atunci el se forțează să folosească și mîna dreaptă. (A. De Meur 1988, p.34)

Tulburările de natură psihologică apar în situația în care copilul are dificultăți de percepere a axei corporale, a unicității corpului, datorită unor probleme afective.

*Stîngăcia* este un fenomen neurologic normal fiind legată de dominantă emisferului drept și apărînd ca o predispoziție constituțională. Copiii forțați să lucreze cu mîna dreaptă, deși sînt stîngaci, dezvoltă o stîngăcie contrariată. În aceste condiții, unii copii scriu cu mîna dreaptă, dar execută acțiuni de forță cu mîna stîngă. Tot în acest caz, copilul nu știe ce parte să aleagă pentru a executa unele acțiuni de mare precizie și forță. Contrarierea nu este recomandabilă deoarece poate avea repercursiuni psihologice, intelectuale, afective și nevrotice.

*Lateralitatea încrucișată* se manifestă prin imposibilitatea precizării preferinței pentru partea dreaptă sau stîngă a corpului, deși alege corect mîna și piciorul dominant.

Ca urmare a acestor probleme de lateralitate, copilul prezintă, în ambianța școlară, unele dificultăți reprezentate de: dificultăți de recunoaștere a poziției drepte sau stîngi a unor obiecte; dificultăți de adaptare la sensul grafic normal de la stînga la dreapta; scrierea literelor „în oglindă” adică inversate; discriminare vizuală dificilă (A. De Meur 1988, p.34).

Aceste probleme apar rar izolate, în majoritatea cazurilor ele fiind integrate într-o perturbare generală a maturizării psihice și motrice, fiind legate de o imaturitate globală.

La stîngaci învățarea scrisului este dificilă, mai ales adaptarea la orientarea stînga-dreapta a scrisului. Pentru a evita contactul mîinii stîngi cu corpul, în timpul scrisului, copilul trebuie să facă unele mișcări compensatoare. Stîngacii scriu cu o înclinare mare a capului, cu pagina așezată oblic, cu pumnul rotat extern. Aceste mișcări vor determina apariția unei contracturi musculare și a unui ritm mai lent de lucru.

Stîngăcia contrariată poate sta la baza apariției fenomenelor de dislexie și disortografie. De asemenea, lateralitatea slab conturată și neomogenă este frecvent asociată cu tulburări motorii generale, cu probleme de limbaj și de organizare spațio-temporală.

**Structura spațială.** Organizarea spațială se realizează cu ajutorul percepțiilor avînd la bază elementele senzorio-motorii. Tulburările prezente la nivelul acestei structuri au cauze motrice și psihologice.



Din punct de vedere motor tulburările structurii și organizării spațiale apar în condițiile existenței unor probleme de integrare a schemei corporale, a tulburărilor de dominantă laterală și a unor dificultăți de manipulare a obiectelor.

Pe plan psihologic, tulburările de structură spațială apar atunci când copilul, din anumite cauze, nu mai are experiențe legate de mediul înconjurător. Astfel, el nu mai poate ocupa spațiul de care are nevoie. În alte cazuri, el separă greu visul de realitate, gândirea sa fiind instabilă, mai ales în termenii spațiali. (A. De Meur, 1988, p35)

Tulburările structurii și organizării spațiale se manifestă prin câteva semne clinice mai deosebite: *copilul ignoră termenii spațiali*, adică el are dificultăți de integrare într-un joc colectiv, nu-și găsește lucrurile, are dificultăți în stabilirea unei progresii, fiind incapabil să se orienteze; cunoaște termenii spațiali dar *percepe greșit pozițiile*, adică nu îi este clară poziția de sus-jos, confundă unele litere (n cu u) sau unele cifre (6 cu 9); percepe bine spațiul înconjurător dar se *orientează cu dificultate*, în jocurile pe echipe, mai ales când se modifică punctele de reper; scrie destul de corect, dar are probleme legate de *menținerea rîndului* și înțelegerea unui plan cu intrare dublă; calculele nu ridică probleme deosebite, totuși apar dificultăți în situația în care apar *adunări și scăderi*; apar probleme la scrisul după dictare, mai ales atunci când întâlnește literele b și d. El nu are probleme de percepție nici în sens stînga-dreapta nici în sens sus-jos, ci uită corespondentul acestor simboluri. De asemenea, poate uita semnificația semnului „+” considerîndu-l sinonim cu „se adaugă”.

Uneori copilul nu are orientare spațială astfel că el se lovește de colegi, nu-și regăsește locul și lucrurile. Organizarea paginii pentru desen este defectuoasă, iar scrisul este dificil deoarece noțiunea de oblic este greu percepută.

*Nu înțelege reversibilitatea și transpoziția*, elemente ce încep să apară după vârsta de 6 ani, fiind considerat un aspect patologic dacă întârzierea apariției este după vârsta de 8 ani.

Dificultatea apare datorită unor probleme de lateralitate și de percepție stînga-dreapta. Copilul nu înțelege o egalitate matematică, de genul:  $5+6=8+3$ .

*Dificultăți de înțelegere a relațiilor spațiale*, în care este vorba de elemente ce fac parte din logica matematică, copilul nu înțelege legătura dintre fenomene, lucruri.

După C. Păunescu, (1990, p.162), tulburările de orientare și insuficientă „discriminare spațială” conduc la tulburări de comportament școlar, reprezentate de disgrafie, discalculie, disortografie, dislexie.

R. De Villard (1986, p.5), încadrează disgrafia, discalculia, disortografia în tulburări ortofonice. În general, acești copii se remarcă printr-un ușor retard psihomotor global exprimat prin imaturitate. De asemenea, uneori apar tulburări de limbaj, asociate cu tulburările psihomotorii, reprezentate, în special, de probleme la nivelul organizării spațio-temporale.

L.Pick și P. Vayer, (1971, p.33) consideră că trebuie diferențiate două tipuri de tulburări: tulburări ale schemei corporale și de orientare spațială care pot fi legate de tulburările comportamentului general; tulburările de reprezentare și de structurare spațială, ce stau la originea dificultăților întâlnite la învățarea mijloacelor de expresie în mod deosebit a celor dobîndite prin educație (scris-citit-scris după dictare). Aceste două tipuri de tulburări nu sînt legate între ele. Tulburările reprezentării și



strucurării spațiale nu decurg obligator din tulburările schemei corporale și de orientare spațială. Ele sînt legate, ca și primele, de memoria și inteligența subiectului, depinzînd în special de obiceiurile motrice

**Orientarea temporală.** Noțiunea de timp se dezvoltă cu ajutorul schemei corporale și a structurii spațiale. În acest context tulburările de orientare temporală sînt tot de natură motrică, psihomotrică sau psihologică. (A. De Meur, 1988, p.40)

Au fost identificate patru simptome ce scot în evidență tulburările organizării temporale: imposibilitatea perceperii ordinii și *succesiunii unui eveniment*, situație în care apare interferența unor fapte, fenomene, prezente mai ales pe parcursul unei povestiri. Acest fenomen este normal la copilul mic dar el trebuie să dispară treptat. De asemenea, copilul are dificultăți în perceperea a *ceea ce este pe primul loc* și pe ultimul loc, nu poate situa ceea ce este „înainte” și „după”, nu se organizează în sensul stînga-dreapta, încurcă ordinea cuvintelor scrise; copilul nu percepe intervalele astfel că el nu ține cont cînd trebuie să se oprească; în scris apare o lipsă de diferențiere a cuvintelor, context în care fraza apare ca un singur cuvînt; *nu are un ritm stabil de lucru*, element manifestat prin frica de a alerga deoarece face pașii prea lungi sau prea scurți. Copilul *nu înțelege ce este o oră*, astfel încît el nu-și poate organiza timpul. În acest caz organizarea activităților, mai ales a celor de scris, este perturbată, neavînd clar stabilită în minte ordinea de desfășurare a unor activități. Copilul în cauză nu face față cerințelor școlare, nu ajunge la finalul activităților sale zilnice deoarece întîrzie foarte mult cu tot felul de activități minore. Astfel, în loc să-și rezolve temele el face curat în cameră, se joacă sau mănîncă, ilustrînd de această manieră, dezordinea intelectului pe care îl are la dispoziție.

### ***Tulburări afective***

A. De Meur (1988, p.43), asociază la tulburările perceptiv-motrice și problemele afective, majoritatea acestora au fost prezentate în cadrul tulburărilor de psihomotricitate.

Principala cauză a acestor tulburări trebuie atribuită atmosferei din familie. Uneori părinții se ceartă iar copii sînt angrenați în aceste scandaluri. În alte situații familia nu înțelege situația reală a copilului avînd pretenții exagerate. În ambele situații copiii prezintă reacții de opoziție ce se manifestă prin lipsa de colaborare sau stări de încordare.

Unii părinți își doresc copii puternici, care nu plîng și nu își manifestă emoțiile. În această situație, unii copii vor reacționa fie prin exuberanță, fie prin crispăre, fie prin refuzul răspunsului la solicitări. În concluzie, este foarte importantă cunoașterea mediului familial, pentru a înțelege mai bine copilul, considerînd fiecare copil ca un unicat, neexistînd modele care să reediteze comportări terapeutice performante în trecut.

### ***Tulburări motorii***

**Întîrzierea dezvoltării motorii.** Subiectiv acest fenomen se manifestă prin imposibilitatea executării unor anumite acte motrice, deși alți copii, de aceeași vîrstă, le execută. Monitorizarea se face cu ușurință, folosind testul Ozeretski și calculînd

vârsta motrică, comparativ cu cea cronologică. Uneori apare un retard ce este determinat de problemele motorii sau intelectuale pe care le prezintă copilul (J.S.Tecklin, 1989, p. 18).

Copiii supraprotejați prezintă un fenomen de lene motrică, favorizat de preocuparea familiei de a le rezolva și cele mai mici probleme. Unele „șocuri afective” cum ar fi decesul unui părinte, pot bloca sau inhiba progresul pe plan motor. Alți copii nu mai „doresc” să crească în momentul în care în familie a mai apărut un frate sau o soră și atenția părinților este împărțită cu noul venit.

**Tulburările de sensibilitate** Subiectiv, copilul nu poate imita o atitudine, pe care educatorul i-a demonstrat-o decît în fața oglinzii. El scapă obiectele din mînă, este insensibil la căldură și-și mișcă inconștient gleznele. Obiectiv, copilul prezintă o serie de tulburări în funcție de sediul și cauza leziunii și se remarcă printr-o gamă largă de manifestări parestezice difuze.

Pentru problemele legate de sensibilitatea profundă se constată următoarele aspecte: copilul nu poate menține, cu ochii închiși, o poziție sau o atitudine impusă; cu ochii închiși, copilul nu poate percepe poziția brațelor, dacă i se ridică o mînă, el nu o poate ridica pe cealaltă în aceeași poziție; copilul nu percepe o mișcare, mai ales atunci cînd are ochii închiși (el nu simte ce mișcare a fost imprimată segmentelor corporale proprii); execută dificil sau nu execută mișcări cu finalitate funcțională; nu poate aprecia forța necesară unei mișcări, pentru realizarea scopului propus.

În unele situații apar manifestări complexe în care este afectată atât sensibilitatea profundă cît și cea superficială. În acest context copilul prezintă următoarele tulburări: copilul nu poate localiza o senzație tactilă; nu poate recunoaște o formă geometrică sau o literă scrisă cu mîna sa; nu poate recunoaște un obiect desenat de mîna sa.

Cauzele acestor tulburări sînt, cel mai frecvent, de natură neurologică. Valoarea semiologică a acestor probleme depinde de topografia și particularitățile tulburărilor de sensibilitate.

Topografia tulburărilor de sensibilitate depinde de sediul leziunii și are o valoare diagnostică deosebită. Din punct de vedere topografic se diferențiază tipul radicular, nevritic, polinevritic, paraplegic, hemiplegic și tipul isteric.

Caracterul tulburărilor de sensibilitate permite diferențierea modului în care sensibilitatea profundă și superficială sînt implicate în această situație.



## PATOLOGIA MOTRICĂ CENTRALĂ

Tulburările de psihomotricitate au un caracter complex fiind influențate de starea de sănătate a creierului și de dezvoltarea motricității.

După R.Dailly (1980; p.2 ) există trei aspecte ale patologiei psihomotrice:

***Infirmitatea motrică de origine cerebrală (I.M.C.)*** care se manifestă clinic prin hemiplegie, diplegie Little, diplegie diskinetică sau prin ataxie.

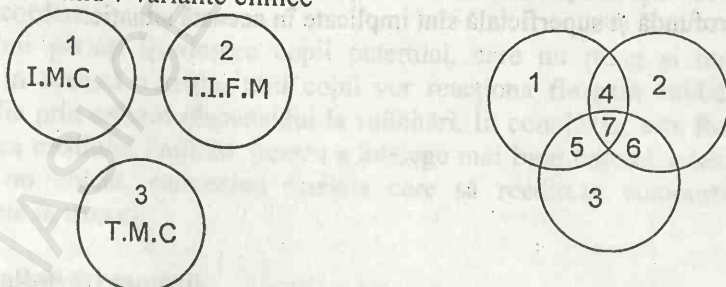
***Tulburări de învățare a funcției motrice*** includ problemele legate de învățarea și automatizarea gesturilor motrice. Este vorba de tulburări de învățare practo-gnosice ce nu implică prezența unei paralizii, a unor spasme opoziționale, sau a unui deficit senzitiv și senzorial.

***Tulburări motorii de comportament*** constau din tulburări ale actelor motorii fără să existe o infirmitate motrică cerebrală sau tulburări practo-gnosice

Cercetările psihologului francez J.Piaget (citad de R. Dailly, 1980, p.2) aduc o contribuție importantă la analiza organizării motrice a copilului și la înțelegerea tulburărilor de psihomotricitate. După acest autor, structurile motrice se bazează pe trei sisteme reglatoare, a căror perturbare determină trei tipuri de tulburări.

Primul sistem de reglare include structurile ce contribuie la realizarea schemei de acțiune. În situații patologice apar probleme de motricitate ce însoțesc tulburările de personalitate. Practic afectarea acestui sistem stă la baza tulburărilor motorii de comportament. Al doilea sistem de reglare permite coordonarea mișcărilor în funcție de un rezultat și de o intenție. Problemele se manifestă prin tulburări practo-gnosice, deci prin perturbarea învățării funcției motrice. Ultimul sistem reglator participă la coordonarea elementelor ce stau la baza realizării gesturilor motrice. Leziunile ce apar la acest nivel corespund infirmității motrice de origine cerebrală.

Aceste scheme nu sînt rigide, iar cele trei variante de tulburări psihomotorii se asociază rezultînd 7 variante clinice



*Asocierea tulburărilor de psihomotricitate (după R. Dailly)*

1. Infirmitate motrică cerebrală (I.M.C.); 2. Tulburări de învățare a funcției motrice (T.I.F.M.);
3. Tulburări motorii de comportament (T.M.C.); 4. I.M.C. + T.I.F.M.; 5. I.M.C. + T.M.C;
6. T.M.C + T.I.F.M.; 7. I.M.C. + T.I.F.M. + T.M.C.



### **Infirmitatea motorie de origine cerebrală**

În cadrul acestui sindrom sînt grupate sechelele atingerilor cerebrale neevoluative. Este vorba de o patologie complexă în cadrul căreia tulburările de realizare a mișcărilor voluntare sînt asociate cu problemele controlului postural. Aceste tulburări sînt rezultatul unei leziuni cerebrale progresive și definitive apărute în timpul sau la scurt timp după naștere. (P.McCoy 1990, p.182)

Leziunea cerebrală nu este evolutivă dar tulburările care apar sînt persistente datorită perturbării dezvoltării cerebrale. În timp tulburările se pot ameliora sau accentua în funcție de tratamentul și educația de care a beneficiat copilul.

**Tulburări motorii.** După N. Robănescu (2001, p.95), principalele tulburări ale infirmității motorii cerebrale sînt cele locomotorii, schematizate în trei grupe: spasticitatea, diskinezia și ataxia.

**Sindromul spastic** este de origine piramidală fiind caracterizat printr-un reflex exagerat de întindere a mușchiului. Spasticitatea poate afecta membrul superior și inferior de aceeași parte (hemiplegia spastică), membrele inferioare (diplegia spastică) sau membrele inferioare și superioare (tetraplegia spastică).

**Hemiplegia** se caracterizează printr-o hipertonie spastică la nivelul membrului superior și inferior de aceeași parte. Diagnosticul, în această situație este greu de stabilit pînă la vîrsta de 7 luni. După vîrsta de 8 luni, apare un semn prețios pentru stabilirea diagnosticului reprezentat de punerea în evidență a inegalității de producere a reflexului „pregătire pentru săritură”.

Mai tîrziu se instalează o retracție musculo-tendinoasă caracteristică, în care membrul superior este fixat în pronoflexie, iar cel inferior în supinoextensie.

Frecvent, la acești copii apar tulburări trofice la nivelul membrelor afectate. Mai rar, apare fenomenul de atrofie și, mai frecvent, cel de întîrziere în creștere a oaselor.

Uneori, poate fi asociată paralizia facială de partea afectată cu asimetrie facială. În leziunile protuberanțiale paralizia facială este de partea opusă.

**Diplegia spastică** este un termen ce se pretează la confuzie. După unii autori boala afectează doar membrele inferioare în timp ce alții susțin o afectare complexă ce interesează toate membrele. Astăzi este recunoscută o formă ușoară, în care sînt afectate numai membrele inferioare (paraplegia spastică) și una gravă, în care sînt afectate și membrele superioare și cele inferioare (tetraplegia spastică).

Pacientul prezintă o dezvoltare slabă a tonusului de extensie la nivelul coloanei vertebrale. În acest context extensia extremității cefalice este lentă fiind însoțită de cifoză dorso-lombară. Mișcărilor corporale laterale sînt limitate și uneori nu există independență la nivelul centurii scapulare și pelvine.

Membrele superioare sînt flectate pe trunchi cu pumnii strînși, membrele inferioare sînt în flexie, mai frecvent în extensie, cu o contractură puternică a adductorilor coapselor și cu picioarele în ecvin accentuat.

În situația în care copilul reușește să meargă, mersul va fi forfecat cu genunchii care se ating și cu planta ce ia contact cu solul, la nivelul degetelor.

**Parapareza spastică** este diagnosticată în situația unei leziuni localizate la nivelul membrelor inferioare. Unii autori consideră parapareza spastică drept o formă ușoară a diplegiei Little. Clinic, spasticitatea predomină la nivelul membrelor infe-

rioare, care prezintă aspectul clasic: adducția coapselor cu forfecare, extensia genunchilor, picior ecvin. Frecvent este întâlnită cifoza lombară, datorată scurtării mușchilor ischio-gambieri cu bascularea consecutivă a bazinului.

La nivelul membrelor superioare poate fi remarcată neîndemânarea pentru mișcări fine, adiadocochinezie sau sinchinezii minore.

**Sindroamele distonice și diskinetice.** Sînt sindroame de origine extrapiramidală manifestate prin atetoză, distonie, rigiditate. Aceste sindroame se caracterizează prin mișcări involuntare de amplitudine mică sau mare ce sînt evidente în activitatea gestuală, dar dispar în timpul somnului.

Ortostatismul și mersul sînt afectate datorită apariției neașteptate a acestor mișcări. Vorbirea este dizartrică și întreruptă de spasme deoarece musculatura glosolabio-faringiană este și ea afectată.

După N. Robănescu, (2001, p. 212) se deosebesc trei forme de manifestare: sindromul coreic, atetozic și distonic.

Sindromul *coreic* se manifestă clinic prin mișcări involuntare, spontane, ilogice, bruște de amplitudine variabilă. Sindromul *atetozic* se caracterizează prin mișcări lente, aritmice, vermiculare ample, localizate în special la mîna și mai puțin la picior. Sindromul *distonic* poate fi asimilat sindromului piramidalo-extrapiramidal, manifestat prin spasme musculare care cedează lent.

La aceste trei sindroame se adaugă sindromul rigidității cerebrale, apărut din ce în ce mai frecvent datorită tehnicilor exagerat de mult timp prelungite, de reanimare din neonatologie. El se manifestă prin hipertonie generalizată interesînd toate cele patru membre, cu pronație pentru membrele superioare și cu adducție și rotație internă pentru cele inferioare.

**Sindroamele ataxice** apar în condițiile lezării cerebelului sau a legăturilor acestuia. Clinic, sindromul se manifestă prin tulburări de echilibru, dismetrie și asinergie.

**Sindrom de dezechilibru.** Se manifestă printr-o mobilitate limitată, dublată de hipotonie, copilul este inactiv, iar stimulările senzoriale nu sînt urmate de răspunsuri motrice. (R.Dailly, 1980, p.4)

În concluzie infirmitatea motorie de origine cerebrală se prezintă ca un veritabil mozaic patogenic, în care intelectul și tulburările de motricitate se înscriu de la „mai nimic” la cote catastrofale.

**Tulburări asociate.** Intensitatea tulburărilor motorii în contextul general al psihomotricității este foarte diferită, de la un caz la altul, însoțindu-se de tulburări asociate.

După J.P. Deschamps (1981, p.70), tulburările asociate sînt reprezentate de deficit mental, de probleme senzoriale, epilepsie, probleme psihologice și tulburări instrumentale.

**Deficitul mental.** Posibilitățile de învățare școlară sînt foarte diferite la acești pacienți. Unii pot absolvi chiar și o facultate, în timp ce alții nu pot învăța să citească. În marea majoritate a cazurilor retardul mental nu este grav, dar se poate asocia cu tulburări de limbaj și cu probleme de organizare a spațiului.

**Problemele senzoriale** sînt frecvent întâlnite la acești pacienți. Strabismul este o prezență aproape constantă datorită afectării mușchilor oculari și se însoțește de



dificultăți de convergență și de mișcări involuntare necontrolate. Surditatea sau hipoacuzia este întâlnită la copiii cu atetoză. Ea trebuie rapid diagnosticată, pentru a preveni apariția unor tulburări de limbaj.

**Epilepsia** este și ea ades întâlnită la acești pacienți, mai frecventă la cei cu hemiplegie spastică comparativ cu cei cu diplegie, dar mai rară la cei cu atetoză. Absențele de tip „petit mal” sînt foarte rare la pacienții cu infirmitate motrică cerebrală.

**Tulburările psihologice** ce pot fi întâlnite, sînt probleme de personalitate și de comportament. Acești pacienți au reacții afective bogate, colaborează cu ușurință cu persoanele din anturaj de care se atașează rapid. Totuși comportamentul lor se particularizează prin reacții lente și tendință de inerție. Prezintă tulburări de caracter, asociate uneori și cu un insuficient control emoțional, tendințe depresive sau agresive. Aceste ultime probleme apar mai ales la pubertate, atunci cînd ajung să înțeleagă consecințele afective și sociale ale infirmității lor.

**Tulburările instrumentale.** Sub această denumire, oarecum improprie, este cuprinsă, în afară de paralizie și anchiloză, motricitatea în sensul cel mai larg al cuvîntului. Este vorba de tulburările legate de perturbarea concepției gestului, de afectarea întregii organizări motrice. Aceste tulburări pot interesa: praxiile, adică coordonarea mișcărilor elementare ce compun un gest armonios; gnoziile, adică sinteza senzațiilor elementare pentru obținerea unei percepții; orientarea spațio-temporală.

**Tulburările asociate** sînt întâlnite în combinații foarte diferite determinînd apariția unui tablou clinic divers. Totuși ele au fost sistematizate în două mari categorii reprezentate de: tulburări de „utilizare” corporală; tulburări de organizare funcțională (J.P.Deschamps, 1981, p.76).

În cadrul tulburărilor de „utilizare” corporală pot fi întâlnite următoarele probleme: paralizii sau fenomene de slăbiciune musculară; pot apare unele probleme de tonus muscular, fiind afectat în mod deosebit tonusul axial; rigiditatea membrelor, motivată de spasticitate; retracții musculo-tendinoase; deformări osteo-articulare cel mai frecvent scolioze și luxații de șold.

Tulburările de organizare sînt legate de problemele de sistematizare a mișcărilor (distonii, diskinezii, mișcări involuntare), de dificultăți de integrare senzorială, de neîndemînare, apatie, de oboseală fizică și psihică.

Aceste probleme, legate de infirmitatea motrică de origine cerebrală, trebuie cunoscute pentru a evita abandonul școlar și tendința de excludere a acestor copii din grup.

### **Tulburări de învățare a funcției motrice**

Examinarea copiilor de aceeași vîrstă permite să se observe o varietate mare de obiceiuri motrice, atunci cînd ei se îmbracă, sar coarda sau dansează. În timp ce unii copii își încep devreme învățarea motrică (sub acțiunea stimulării familiei), alții ajung doar la rezultate modeste deși sînt intens stimulați. Copiii care au evoluție lentă vor fi considerați drept neîndemînatici, deoarece ei nu prezintă un retard mental, motric sau senzorial.

Autorii anglo-saxoni includ acești copii în cadrul vast al grupului „Minimal Brain Dysfunction” (M.B.D.), în care intră mai ales imaturitatea, adică retardul de dezvoltare. Principalele aspecte clinice întâlnite în cadrul tulburărilor de învățare a

funcției motrice, sînt reprezentate de retardul simplu al dezvoltării motorii, debilitatea motorie, apraxia și dispraxia, tulburările de scris (P.Debray-Ritzen, 1982, p1).

**Retardul simplu al dezvoltării motorii** se evaluează, pornind de la scalele de dezvoltare motorie. Pentru realizarea acestui deziderat, trebuie cunoscute valorile normale, pentru fiecare grupă de vîrstă în parte. Fără cunoașterea valorilor de grup, orice tentativă de recuperare a acestor copii nu va fi în măsură să ofere bilanțuri terapeutice credibile.

Un retard motor, de un anumit nivel, poate avea consecințe complexe. Astfel, un mers tardiv limitează posibilitatea de autonomie, de explorare al spațiului. Totuși, un retard într-un sector poate fi compensat printr-o dezvoltare rapidă în altul. Astfel unii copii, care merg mai tîrziu au în schimb o prehensiune precoce (J.S.Tecklin, 1989, p.17).

Retardurile motorii pot fi tranzitorii, situație în care recuperarea lor nu pune decît probleme de timp.

**Debilitatea motrică** este întîlnită la copiii cu o inteligență normală, dar cu tulburări majore ale dezvoltării motorii. Această entitate a fost descrisă de E. Dupré în 1907 (citată de J.J. Guillarmé, 1982, p.29) pentru a încadra copiii care „sînt neîndemînatoci în mișcările lor voluntare, dar au și reflexe tendioase ades exagerate, sincinezii importante asociate cu alte aspecte semiologice esențiale reprezentate în special de paratonie”.

Debilitatea motrică se caracterizează așadar prin neîndemînare, sincinezii și paratonii. **Neîndemînarea** afectează atît postura și mersul (comportamentul global) cît și adaptarea gestului motric la țelul propus (comportamentul particular).

**Sincineziile** reprezintă dificultăți de disociere și individualizare a mișcărilor, clasificîndu-se în sincinezii de difuziune tonico-cinetică și de difuziune tonică.

**Paratoniile** se manifestă sub forma unor dificultăți de relaxare musculară voluntară. Aceste tulburări nu au o bază neurologică precisă și sînt frecvent însoțite de tulburări ale schemei corporale și de organizare spațială.

**Apraxia și dispraxia** După R.Dailly (1980, p.10) apraxia poate fi înțeleasă ca o regresie a unor performanțe ce au fost deja obținute. La polul opus se plasează dispraxia ce include problemele de învățare a unei anumite performanțe gestuale.

După Gh. Pendefunda, (1992, p.144) apraxiile pot fi globale, specifice unei funcții și localizate. În cadrul apraxiilor *globale* se disting cele ideo-motorii, ideatorii și constructive. Apraxiile *ideo-motorii* pot fi bilaterale sau unilaterale. Apraxia ideo-motorie bilaterală este asociată cu tulburări de schemă corporală, iar cea unilaterală stîngă este însoțită de obicei de hemiasomatognozie și defecte de explorare a cîmpului vizual de aceeași parte.

Bolnavul cu apraxie ideo-motorie descrie corect gestul, pe care îl execută spontan dar nu îl poate realiza după un ordin. Apraxia *ideatorie* este bilaterală și se însoțește de dezorganizarea schemei acțiunilor și gesturilor. Pacientul nu poate executa un act, care are, un scop precis.

În *apraxia constructivă*, bolnavul nu poate executa un desen simplu, nu poate aranja în ordine elementele unui joc de construcții.

În cadrul apraxiilor *specifice unor funcții* se disting cele de îmbrăcare și de mers. În *apraxia de îmbrăcare* bolnavul nu are capacitatea de a se îmbrăca corect, iar în cea *de mers* el se deplasează doar cu sprijin. Apraxiile *localizate* apar în special la nivelul buco-facial.



Claudine Amiel-Tison (1994, p.244) aduce în discuție *dispraxia de dezvoltare* în care execuția actelor motorii complexe este sumară, deși nu a fost diagnosticat un deficit motor elementar (spasticitate, pareză sau ataxie). Dispraxiile de dezvoltare includ și displaxia constructivă cauzată, în special, de o tulburare de dezvoltare vizualo-spațială.

După H. Wallon, (citată de R. Dailly, 1980, p.10) dispraxiile mai pot fi și de postură, verbale, obiective, faciale. În *dispraxiile de postură* se manifestă incapacitatea de individualizare a diferitelor posturi. *Dispraxiile verbale* sînt reprezentate de dificultăți de coordonare ce apar între mesajul verbal și realizarea motrică. În *dispraxiile obiective* se evidențiază o perturbare a relației cu obiectele din mediul exterior. În *dispraxiile faciale* apare o afazie motorie ce corespunde dispraxiilor buco-lingo-faciale ale adultului. În cadrul acestor dispraxii pot fi incluse și cele oculare ce corespund unor tulburări ale strategiei oculomotrice, precum și cele palpebrale ce se manifestă ca o imposibilitate de menținere a ochilor deschiși la ordin.

**Tulburările de scris.** În acest caz, în discuție sînt tulburările practo-gnozice studiul lor separat fiind motivat de faptul că sînt legate de limbaj. În această situație disgrafia, definește o tulburare motorie de realizare spațială a semnelor grafice, pe cînd disortografia este o tulburare de limbaj și este apropiată de dislexie.

J. Ajuriaguerra (1980, p.238), propune următoarea clasificare a tulburărilor de scris: rigiditatea dispare în condițiile unui scris rapid, ea fiind caracterizată printr-un control excesiv al gestului motric; scrisul relaxat, dar cu litere și spații neregulate; la copiii impulsivi poate apare o organizare precară a paginii însoțită de omisiuni ale unor litere; copii neîndemînatici; scrisul lent dar precis. Acest autor a realizat o scară cu 15 itemi motorii, după care a calculat un cît grafomotoric.

**Tulburări motorii de comportament.** Aceste tulburări apar ca urmare a unor probleme de personalitate, a unor dereglări la nivelul echipamentului biologic sau maturizării neurobiologice, precum și datorită unor probleme afective. În acest cadru, intră discoordonarea tonico-motorie și tonico-emoțională, ticurile, sindromul hiperkinetic.

**Discoordonarea tonico-motorie și tonico-emoțională** se manifestă clinic prin paratonii, stări tensionale, incontol emoțional, și reacții de prestanță.

**Paratoniiile** sînt considerate ca un semn major în cadrul debilității motrice, sau pot avea semnificații diverse în funcție de vîrstă și de expresia clinică a manifestărilor bolii. J. Berges descrie paratoniiile de fond (manifestate prin frînarea globală a mobilizării pasive) și de acțiune (frînarea mișcărilor pasive la un anumit grad de amplitudine). Acest autor scoate în evidență diferența dintre paratonia definită de Dupré (ce reprezintă incapacitatea de relaxare voluntară) și cele de fond și de acțiune (reprezintă incapacitatea legată de pasivitatea tonico-motrică). Manevra de mobilizare pasivă este, după J. Berges, o capcană pentru paratonia de fond și o piedică în paratonia de acțiune (citată de R. Dailly, 1980, p.9).

Frecvent, paratoniiile sînt asociate cu sincinezii. Unii autori pun în evidență relația care există între paratonie și alte fenomene comportamentale și neuro-funcționale. Ei demonstrează în acest fel, legătura care există între tulburările anatomice și cele funcționale. Aceste dezechilibre sînt practic expresia motrică a perturbării relației ce există între corp și mediul înconjurător.

**Stările tensionale** sînt frecvent întîlnite la sugarii a căror mame au avut sarcini cu probleme și care sînt hrăniți artificial sau îngrijiți necorespunzător. Clinic aceste

stări se manifestă prin hiperactivitate cronică, hipertonie musculară, stupoare funcțională cu hipotonie musculară.

La copii mai mari aceste fenomene apar ca o reacție de apărare împotriva stărilor anxioase și se manifestă prin: crampe, mișcări lente, spasme viscerale, tremurături.

*Reacțiile de prestață* traduc jena, rușinea resimțite în anumite situații. Copilul are o acțiune de sfidare, încearcă să facă o impresie bună dar exagerată. Aceste reacții demonstrează dificultăți relaționale, ele reprezentând expresia posturală a acestor probleme.

*Ticurile.* Sub denumirea de tic, se definește o mișcare cu caracter repetitiv, involuntară, stereotipă, de aspect convulsiv, dobândită inconștient. Geneza acestor „expresii” motrice a suscitât mult interes, motiv pentru care câteva opinii în acest sens vor fi prezentate în continuare.

Ele sînt considerate ca fiind niște execuții subite și imperioase, involuntare și absurde, repetate la intervale neregulate, dar destul de apropiate, a unor mișcări simple sau complexe ce reprezintă în mod obiectiv un act adaptat unui anumit scop.

După M.Dugas (1981, p.4), ticurile se clasifică în minore, simptomatice și de apartenență la maladia Gilles de la Tourette.

*Ticurile minore* sînt de amplitudine redusă, simple, unice, niciodată repetitive, deci tranzitorii și dispar spontan.

*Ticurile simptomatice.* Prezența lor traduce totdeauna o tulburare afectivă moderată, chiar minoră, ce demonstrează o tulburare afectivă refulată, ca expresie a unei anxietăți, de care copilul nu se poate debarasa. Originea acesteia regăsindu-se în situațiile conflictuale din mediul familial în care copilul trăiește.

*Maladia Gilles de la Tourette* se caracterizează prin ticuri repetitive, în cascadă, persistente, asociate totdeauna și cu tulburări psihice.

Ticurile pot fi localizate la nivelul feței (clipit al pleoapelor), la nivelul capului și al gîtului, la nivelul membrelor superioare (ridicarea umărului), al trunchiului și al abdomenului (ticul de salutare), al membrelor inferioare (aspect de salt sau de dans), ticuri respiratorii, ticuri fonatorii și verbale (strigăte nearticulate), ticuri digestive (de deglutiție).

*Sindromul hiperkinetic* (instabilitatea psihomotorie) a fost descris de autorii americani Strauss și Lethinen în 1947 și corespunde termenului de instabilitate psihomotorie folosit în Franța. Sindromul hiperkinetic este inclus în cadrul „Minimal Brain Disfunction” sau M.B.D. cauzat de leziuni cerebrale minore.

P. Debray-Ritzen, (1982, p. 2) asociază fenomenele de dezechilibru psihomotor cu imaturitatea psihomotorie, cu sindromul hiperkinetic sau cu alte tulburări neurologice. La aceste fenomene clinice se pot adăuga tulburările de limbaj ce merg de la un retard ușor pînă la dislexie. Totuși copilul cu M.B.D. prezintă un nivel intelectual normal.

J. Ajuriaguerra, (citât de J.Maillat, 1997, p.39) deosebește două forme extreme ale acestui sindrom. O formă în care predomină tulburările motorii de tip subcoreic, care poate fi legată de un defect de inhibiție a hiperreactivității copilului, în care factorul afectiv joacă un rol secundar. A doua formă se caracterizează prin probleme ale relației cu mediul înconjurător (predomină tulburările afectivo-caracteriale. Copilul prezintă instabilitate psihomotorie ce se manifestă clinic printr-un ritm gestual, un mers și o gestică accelerate, permanente și rău coordonate. Părinții fac următoarea afirmație „copilul nu rămîne locului un minut”, dar această activitate este dispersată, impulsivă, rău controlată. Pe plan psihic apare o atenție labilă, greu de fixat, dificultăți de concentrare a atenției asupra unei ocupații sau într-o relație.



## ORGANIZAREA ACTIVITĂȚII EDUCATIVE ȘI REEDUCĂRII PSIHOMOTRICE

### Partea a II-a

## CADRUL PSIHOPEDAGOGIC AL EDUCĂRII ȘI REEDUCĂRII PSIHOMOTRICE

Activitatea educativă este o activitate complexă care implică o serie de factori care contribuie la realizarea ei. În cadrul psihopedagogic al educării și reeducării psihomotrice, este important să se țină seama de următoarele aspecte:

În cazul activităților de reeducare psihomotrică, este important să se țină seama de următoarele aspecte: reabilitarea funcțiilor motorii, dezvoltarea abilităților motorii, consolidarea cunoștințelor și a deprinderilor motorii, precum și dezvoltarea atitudinilor pozitive față de activitatea fizică.

În cadrul psihopedagogic al educării și reeducării psihomotrice, este important să se țină seama de următoarele aspecte: evaluarea stării psihice și fizice a elevilor, stabilirea obiectivelor de învățare, alegerea metodelor și tehnicilor de învățare, precum și evaluarea rezultatelor învățării. Este important să se țină seama de faptul că activitatea psihomotrică este o activitate complexă care implică o serie de factori care contribuie la realizarea ei.

Modalitățile de învățare în cadrul psihopedagogic al educării și reeducării psihomotrice sunt diverse și pot fi grupate în două categorii: învățarea directă și învățarea indirectă. Învățarea directă implică participarea activă a elevilor la activități fizice, în timp ce învățarea indirectă implică învățarea teoretică și aplicarea acesteia în activități fizice. Este important să se țină seama de faptul că învățarea directă este mai eficientă decât învățarea indirectă în cadrul psihopedagogic al educării și reeducării psihomotrice.

Pentru a asigura o activitate educativă eficientă în cadrul psihopedagogic al educării și reeducării psihomotrice, este important să se țină seama de următoarele aspecte: stabilirea obiectivelor de învățare, alegerea metodelor și tehnicilor de învățare, precum și evaluarea rezultatelor învățării. Este important să se țină seama de faptul că activitatea psihomotrică este o activitate complexă care implică o serie de factori care contribuie la realizarea ei.

# PSIHOMOTRICITATEA

sunt deosebit de importante în dezvoltarea psihică, fizică și socială a copilului, contribuind la formarea funcțiilor psihomotrice și la dezvoltarea personalității.

La copil, psihomotricitatea este o funcție complexă care implică activitatea psihică, fizică și socială. Ea este influențată de mulți factori, inclusiv ereditățile, mediul social și educațional, și de experiențele de viață.

În dezvoltarea psihomotricității, copilul trece prin etape diferite, de la mișcările simple la cele complexe, de la activități individuale la cele în grup. Este important să se ofere copilului oportunități adecvate pentru a-și dezvolta aceste abilități, prin intermediul jocurilor și activităților educative.

În concluzie, psihomotricitatea este o funcție esențială în dezvoltarea copilului, care implică activitatea psihică, fizică și socială. Este important să se ofere copilului oportunități adecvate pentru a-și dezvolta aceste abilități, prin intermediul jocurilor și activităților educative.

De asemenea, este important să se țină seama de faptul că psihomotricitatea este influențată de mulți factori, inclusiv ereditățile, mediul social și educațional, și de experiențele de viață. Prin urmare, este important să se ofere copilului oportunități adecvate pentru a-și dezvolta aceste abilități, prin intermediul jocurilor și activităților educative.

În concluzie, psihomotricitatea este o funcție esențială în dezvoltarea copilului, care implică activitatea psihică, fizică și socială. Este important să se ofere copilului oportunități adecvate pentru a-și dezvolta aceste abilități, prin intermediul jocurilor și activităților educative.

De asemenea, este important să se țină seama de faptul că psihomotricitatea este influențată de mulți factori, inclusiv ereditățile, mediul social și educațional, și de experiențele de viață. Prin urmare, este important să se ofere copilului oportunități adecvate pentru a-și dezvolta aceste abilități, prin intermediul jocurilor și activităților educative.

În concluzie, psihomotricitatea este o funcție esențială în dezvoltarea copilului, care implică activitatea psihică, fizică și socială. Este important să se ofere copilului oportunități adecvate pentru a-și dezvolta aceste abilități, prin intermediul jocurilor și activităților educative.

De asemenea, este important să se țină seama de faptul că psihomotricitatea este influențată de mulți factori, inclusiv ereditățile, mediul social și educațional, și de experiențele de viață. Prin urmare, este important să se ofere copilului oportunități adecvate pentru a-și dezvolta aceste abilități, prin intermediul jocurilor și activităților educative.



## ORGANIZAREA ACTIVITĂȚII EDUCATIVE ȘI REEDUCATIVE ÎN PSIOMOTRICITATE

Activitatea educativă cît și cea reeducativă trebuie să se bazeze pe un plan de activitate care să cuprindă principalele componente, prin intermediul cărora terapeutul acționează pentru îndeplinirea obiectivelor propuse.

În cazul activităților educative se urmărește ca subiectul să fie orientat spre însușirea elementelor de cunoaștere și de dobîndire a capacităților motrice, prin intermediul cărora să poată intra în relație cu mediul și cu alți parteneri.

În cazul activităților de reeducare, subiectul este în situația de a acționa pentru a redobîndi, la nivelul particularităților sale de vîrstă, elementele de cunoaștere ce au fost ratate sau a capacităților motrice care, din varii motive, au fost incorect dobîndite, acestea fiind într-o stare precară de funcționalitate.

Întocmirea planului terapeutic este un atribut al educatorului sau terapeutului, care trebuie să aibă ca punct de pornire cunoașterea subiectului sub toate aspectele: se impune a investiga nivelul de cunoaștere al copilului, pentru a ști cum se orientează în drumul de la „gîndire la acțiune”; se urmărește modul în care acțiunile sînt consecința unor engrame bine stabilite și eficient utilizate; se urmărește capacitatea copilului de a corela acțiunile motrice cu mediul ambiant; este necesar să se asigure înțelegerea și concretizarea comenzilor enunțate de către educator sau reeducator; să se țină cont de posibilitățile și limitele motrice ale copilului.

Modalitățile de punere în evidență a capacităților motrice ale copilului sînt concretizate prin selecționarea mijloacelor, în funcție de scopul urmărit. Dacă perspectiva vizează educația pe plan motric, se utilizează bateria de teste prin care se evaluează potențialul psihomotric al copilului. Dacă vizează reeducarea pe plan psihomotric, se utilizează evaluarea restantului funcțional, atît în faza inițială cît și la nivel de etapă, avînd rolul de a aprecia modul în care mijloacele utilizate s-au înscris sau nu în limitele prognozate. Reeducarea psihomotrică nu este o simplă acumulare de exerciții de gimnastică sau de kinetoterapie. Ea are întotdeauna influență asupra dezvoltării individuale și de personalitate; această influență se exercită de-a lungul unei relații stabilite în cursul tratamentului (J.J. Guillarmé, 1982, p. 131).

Planul de activitate educativă este întocmit de către educator care, prin nivelul său de pregătire, prin experiența practică dobîndită, prin condițiile materiale pe care le are la dispoziție, prin obiectivele pe care le urmărește, îi conferă legitimitatea de a modela corespunzător grupul de copii pe care îl conduce. Fiind orientat de programă, el are dreptul și chiar obligația de a pune în valoare atributele originalității acțiunilor

sale, în avantajul celor pe care îi îndrumă și îi formează, pentru a fi capabili de rezultate superioare.

Pe plan psihomotric, activitatea reeducativă are un caracter individual, fapt ce-i conferă o particularitate deosebită. Relația specială din cadrul procesului de reeducare psihomotrică „mobilizează afectele reciproce, probează pe fiecare dintre protagoniști și are răsunet asupra ansamblului relațiilor lor”.

În acest context, planul de reeducare are în vedere doar elementele de bază, rezultate în urma evaluării potențialului psihomotric, situație în care terapeutul constată unele carențe în evoluția psihomotrică a copilului.

Planul cuprinde doar direcțiile de acționare, fiind, de fapt, rezultatul observațiilor de fiecare moment asupra modului în care copilul se adaptează la sistemul de mijloace utilizat și care vor constitui temelia pe care se clădesc în viitor noile conduite terapeutice.

În acest sens, J.J. Guillarmé (1982, p. 149) afirmă: „proiectul reeducativ se construiește pas cu pas în funcție de evoluția lucrurilor. El este, într-un anumit fel, punctual și nu anticipează cu adevărat viitorul”.

Utilizarea sistemului de mijloace, atunci când în atenție este cuprins un copil cu tulburări psihomotrice, se singularizează prin strategia care se aplică, prin ambianța în care se desfășoară, prin sistemul de relații care se stabilește între cei doi protagoniști. Procesul de reeducare psihomotrică trebuie să fie clădit pe structuri bine definite, care să fie în acord cu natura tulburării, dar și cu opțiunile copilului. În acest sens, se apreciază modul în care copilul înțelege care sînt cauzele ce au determinat participarea la acest gen de activitate; atitudinea pe care o are față de mijloacele utilizate de către terapeut, modul în care se implică în desfășurarea lor; ce perspectivă consideră că are pentru a remedia stările de disconfort pe plan psihic și motric.

Prezența copilului în fața terapeutului este „acoperită” de multe semne de întrebare pe care trebuie să le „dezlege” pentru a afla cauzele ce au determinat tulburările psihomotrice și pentru a fundamenta teoretic și practic modalitățile de a le remedia.

### **Factorii ce determină educarea și reeducarea psihomotrică**

Corpul, prin structură, prin modul în care se manifestă, prin realitatea pe care o prezintă, prin posibilitățile sale de exprimare, prin capacitatea de acumulare și de redare a experienței, prin trăirile sale, scoate la lumină adevărata sa existență.

Corpul se prezintă sub toate aspectele sale – și bune, și rele. El, corpul, nu poate ascunde realitatea, prin el sînt exprimate bucuriile și supărările, veridicitatea și visele, împlinirile și eșecurile, dar și armonia și tulburarea, suplețea și rigiditatea, elemente ce oferă condiții optime de lecturare a unui corp.

Corpul este implicat efectiv în viața mentală, în sensul că pune în valoare procesele cognitive. Forma concretă prin care se manifestă aceste procese este reprezentată de către limbajul trupului. Corpul, în general, dar mai ales fața și mîinile sînt cei mai buni mesageri ai gândurilor exprimate involuntar.

Copilul, cînd știe că este observat, chestionat, supus unor probe, nu se prezintă ca fiind el însuși. Dar și terapeutul, cu toată experiența acumulată, trebuie să se



schimbe pentru a oferi copilului o parte din cunoștințele sale, prin intermediul cărora urmărește să-l conducă la îmbunătățirea existenței sale corporale.

Corpul există și se manifestă în spațiu și timp. Evoluția unui copil este pusă în lumină prin nivelul în care reușește să-și armonizeze acțiunile, în strictă concordanță cu dimensiunile spațiale și temporale.

Avînd clar stabilită imaginea propriului corp, copilul poate executa mișcări și gesturi în spațiu, fapt ce îi oferă condiții pentru a accede și la timp. În momentul în care copilul se adaptează la spațiu și execută mișcările și gesturile în concordanță cu reperele spațiale, va fi capabil să se adapteze și la dimensiunile temporale, concretizate prin reținerea noțiunilor de durată și ritm. În condițiile în care copilul nu poate aprecia spațiul, prin intermediul corpului sau al privirii, va întâmpina mari dificultăți în a se încadra în dimensiunile temporale.

La începutul procesului de recuperare, copilul trebuie să pornească de la importanța pe care o au tulburările respective pentru sine, iar faptul că acceptă să-și refacă imaginea propriului corp constituie un punct de referință, de bun augur, pentru terapeut.

Sistemul de mijloace utilizat trebuie să fie acceptat și efectuat cu înțelegere, plăcere și naturalețe de către copil. Corpul terapeutului trebuie să se prezinte ca un model, ce manifestă înțelegere, dispus să susțină un „dialog tonic și gestual” care trezește interesul și aprecierea copilului.

Terapeutul nu se poate prezenta ca un „indicator” plin de plictiseală și de dezordine în gesturi și mișcări. În fața copilului, el are datoria de a fi mereu cu sufletul deschis, iar corpul lui să permită identificarea stărilor de apropiere dintre parteneri.

În condițiile în care copilul consideră că este constrîns de părinți să accepte procesul de recuperare, fără participarea sa conștientă și activă, asimilarea și înțelegerea componentelor afectate vor avea puține șanse de a intra în patrimoniul său corporal.

### **Factorii care conduc la obținerea reușitei în procesul de reeducare psihomotrică**

Efortul depus de terapeut pentru a obține rezultate corespunzătoare, în procesul de reeducare psihomotrică, trebuie să fie susținut de participarea copilului, în sensul ca acesta să aibă capacitatea de a înțelege conținutul sistemului de mijloace cu care acționează; să fie pregătit pentru a reține elementele pe care terapeutul le prezintă; să manifeste deschidere și să persevereze în direcția corectării tulburărilor de psihomotricitate; să dobîndească capacitatea de a-și organiza timpul afectat procesului de recuperare pentru a obține un randament sporit; să aprecieze corect efectele acțiunilor pe care le execută și să analizeze cu obiectivitate greșelile, pentru a reuși să-și îmbunătățească stilul de activitate motrică; să beneficieze de un proces de pregătire de o calitate corespunzătoare, fapt ce va contribui la creșterea potențialului său psihomotric.

Acești factori au o valoare practică deosebită întrucît terapeutul va alege metodele de lucru în funcție de: nivelul de dezvoltare (fizic, psihic, comportamental); de vîrsta lui cronologică raportată la cea biologică, cît și de aptitudinea copilului de a utiliza eficient timpul pe care îl are la dispoziție în procesul de reeducare.

Corectarea tulburărilor de psihomotricitate este un proces de dobîndire ierarhizată a acelor acțiuni care, prin structura lor, au pricinuit copilului dificultăți de încadrare în cerințele generale.

Esența unui proces eficient de învățare constă în dezvoltarea gândirii abstracte, în crearea independenței și inițiativei în soluționarea problemelor cu care se confruntă. Bineînțeles, ea trebuie să se bazeze pe cultivarea motivației. Este necesar, de fapt, un progres al tuturor proceselor psihice (A. Cosmovici, 1998 p50).

În fapt, aceste componente trebuie să le realizeze terapeutul în procesul de reeducare pe plan psihomotor, întrucât copilul este în situația de a-și restructura conduitele motrice de bază, conduitele neuromotrice sau conduitele și structurile perceptiv-motrice. Este de menționat că nu toate formele de manifestare a acestor conduite sînt afectate simultan în activitatea practică, însă terapeutul trebuie să le cunoască și să le prelucreze etapizat, pentru a obține din partea copilului capacitatea de autocontrol al bagajului său psihomotoric.

### **Obiectivele procesului de reeducare psihomotrică**

Obiectivele reprezintă conturarea așteptărilor ca urmare a acțiunilor de recuperare. Ele definesc modul în care trebuie să se comporte copilul, după ce a parcurs procesul de „reeducare a funcțiilor instrumentale” în vederea echilibrării profilului său psihomotoric.

Obiectivele, în general, sînt ierarhizate pe trei niveluri: obiective generale, de generalitate medie și operaționale.

Prin valoarea lor, obiectivele generale reprezintă finalități de maximă generalitate, a căror orientare coincide cu scopurile de bază ale organizării procesului de recuperare.

Ordonarea obiectivelor generale vizează trei domenii: cognitiv, afectiv și psihomotor.

Pentru scopurile urmărite în cadrul acestei lucrări, abordarea obiectivelor psihomotorii se situează în punctul central al analizei. Pentru domeniul psihomotor se folosește „criteriul relativei dificultăți” sau al gradului de stăpînire a unei deprinderi motrice.

- *Percepția* pregătește deprinderea motrică, ajutînd la descifrarea ei senzorială și la stimularea însușirii ei.
- *Dispoziția* creată oferă starea de pregătire pentru efectuarea unui act motor.
- *Reacția dirijată* constituie deprinderea pe baza componentelor discriminate.
- *Automatismul* coincide cu deprinderea finalizată. Reacția complexă exprimă însăși structura psihomotorie complexă, lesne și cu eficacitate executorie.

Corpul uman poate fi privit în relație cu sine, cu alții și cu mediul în care trăiește.

*Relația cu sine* este analizată sub raportul coordonării sale posturale, bazată pe reflexe, cu componentele sale spațiale, energetice și ritmice. Reflexele spațiale cuprind axa corporală și aliniamentul corect al scheletului, cele energetice sînt concentrate pe forțele interne și externe care acționează asupra corpului, iar cele ritmice au la bază frecvența cardiacă și ritmicitatea respiratorie.

*Percepția propriilor mișcări* este apreciată ca un reflex condiționat, în care se îmbină componentele proprioceptive cu cele exteroceptive, iar percepțiile spațiale cu cele temporale.

*Relația cu alte persoane* este esențială deoarece eul corporal este perceput în relație cu un partener privilegiat, care asigură cadrul protector. Acest partener este, de



obicei, mama, care prin contact tegumentar, suris, mimică, voce va asigura dezvoltarea eului corporal al copilului. Crescînd, copilul vine în contact și cu alte persoane, condiție în care începe să perceapă mișcarea lor și va încerca să imite acțiunile. În acest fel, copilul va raporta propriile mișcări la cele ale altor persoane din anturaj. Inițial, el copiază „modelul”, dar, ulterior, pe baza experienței acumulate, mișcările devin mai precise și mai diversificate, dobîndind personalitate distinctă.

*Relația cu mediul înconjurător* este realizată cu ajutorul mamei, care oferă copilului posibilitatea de a înțelege mediul exterior și mișcarea obiectelor. Mișcarea obiectelor în spațiu este apreciată prin intermediul aparatului vizual și concretizată prin formarea imaginii pe retină, prin mișcarea ochilor și a capului. Aceste acțiuni asigură menținerea obiectului în câmpul vizual. Obiectului perceput în spațiu i se adaugă componente de timp, ceea ce conduce la apariția percepției mișcării, în condițiile în care apare deplasarea obiectului, a persoanelor sau a observatorului. Modul de studiu al mișcării obiectelor, a persoanelor sau a observatorului se realizează, practic, printr-o formă atractivă de joc.

Pe plan psihomotoric, aceste referințe au o valoare deosebită, întrucît conturează elementele care contribuie la dezvoltarea copilului pe plan cognitiv, afectiv și motric.

Obiectivele care contribuie la realizarea scopului procesului de reeducare psihomotrică trebuie să fie stabilite pornind de la următoarele cerințe: să corespundă nivelului de dezvoltare a copilului în etapa respectivă de lucru; să vizeze dificultățile ce pot fi abordate la perioada respectivă; să fie reale, în sensul că vor fi planificate acțiuni ce pot fi asociate cu experiența dobîndită pînă în acel moment; să fie cît mai variate, fiind concepute pentru a depăși nivelul reproducerii unor informații; să abordeze schimbările ce urmează a se produce în componentele psihomotrice ale copilului.

Este important de precizat că, prin stabilirea obiectivelor, terapeutul va enunța conținutul activității ce urmează a fi efectuată de către copil pentru a dobîndi un potențial psihomotoric corespunzător.

Conturarea obiectivelor psihomotrice permite înțelegerea și aprecierea modului în care se formează sistemul de mișcări prin intermediul cărora se poate acționa în orice condiții și în diverse situații, pe baza propriilor decizii, cu eficiență, spontaneitate și rapiditate.

În procesul de reeducare, obiectivele sînt axate pe acele componente care trebuie să asigure un potențial corespunzător al manifestărilor pe planul relațiilor cu sine, cu alții și cu mediul înconjurător.

În acest sens, importante sînt acele obiective care vizează: dezvoltarea simțului chinestezic, al percepției complexe a mișcărilor; dobîndirea capacității de mișcare a corpului și de adaptare la diferite solicitări, de stăpînire a mediului în care trăiește; refacerea nivelului priceperilor și deprinderilor afectate din cauze interne sau externe; consolidarea componentelor de bază ale psihomotricității: conduitele motrice de bază, conduitele neuromotrice și conduitele și structurile perceptiv-motrice; formarea deprinderilor de comportare corectă în familie, în colectivul de la școală și în societate; însușirea mijloacelor de comunicare verbală și scrisă; dobîndirea unui nivel motric corespunzător care să ateste efectuarea, dirijarea și reglarea corectă a acțiunilor.

### Principiile reeducării în psihomotricitate

Aplicarea eficientă a procesului de reeducare în psihomotricitate este, în bună parte, determinată de următorii factori: nivelul de înțelegere de către părinți a faptului că tulburările de psihomotricitate pot influența negativ evoluția copilului; tendința manifestată pe plan mondial potrivit căreia corectarea tulburărilor de psihomotricitate este o cerință a societății moderne; formarea opiniei potrivit căreia tulburările de psihomotricitate au repercusiuni asupra comportamentului motric, cognitiv, verbal și social-afectiv; prevenirea și corectarea acestor tulburări vor asigura un potențial ridicat de adaptare a copilului la cerințele școlare, apoi la cele profesionale. Principiile care stau la baza procesului de recuperare a celor ce prezintă tulburări de psihomotricitate au un caracter general, întrucât sînt afectate motricitatea și dominantă sa psihică

Pornind de la opinia lui A. Lapierre (1976, p. 365), potrivit căreia „toată reeducarea este esențialmente psihomotrică”, întreg sistemul de principii este orientat în această direcție.

- *Principiul antrenării precoce* a copilului se impune atunci cînd apar primele semne ale tulburărilor de psihomotricitate. Este imperios necesar ca asistentele medicale, educatorii și învățătorii să fie pregătiți pentru a înțelege, cunoaște și depista, încă de timpuriu, modul de manifestare a unor tulburări. Antrenarea precoce a copilului este de natură a forma și dezvolta unele deprinderi motrice corecte, fapt ce-i va influența viața psihică și motrică.
- *Principiul activării sau al creșterii gradate* a sistemului de solicitări – terapeutul, prin probe specifice, va stabili potențialul motric și va depista tulburările de bază și cele asociate, necesare pentru întocmirea planului de acțiune. Cu această ocazie, se stabilesc parametrii în interiorul căroră va acționa în interiorul fiecărei etape. Creșterea gradată a solicitărilor îl obligă pe terapeut să asigure permanent un nivel corespunzător al stimulilor, pentru a reuși să producă noi adaptări ale organismului copilului. Terapeutul, pe lîngă stabilirea mijloacelor de acționare, trebuie să aprecieze corect și nivelul solicitărilor, pentru a avea sub control progresele înregistrate, dar să fie în măsură să poată aprecia, în orice moment, cauzele stagnărilor sau chiar ale regreselor pe care copilul le întâmpină.
- *Principiul cooperării* este direcționat în sensul colaborării fructuoase cu copilul, familia și școala. Colaborarea cu copilul are o contribuție hotărîtoare la obținerea unor rezultate superioare. Cooperarea instaurează buna înțelegere, armonia și stimulează comportamentul deschis, conștient, ceea ce facilitează succesul. Cooperarea determină creșterea respectului de sine, încrederea în forțele proprii, diminuarea anxietății pe care copilul o resimte la contactul cu terapeutul. Cooperarea determină manifestarea atitudinilor pozitive față de terapeut
- Colaborarea cu familia este importantă, întrucît în discuțiile pe care copilul le are cu părinții, aceștia trebuie să susțină acțiunile terapeutului. Părinții trebuie să-l stimuleze și să asigure condiții pentru ca activitățile uzuale să fie executate cît mai corect de către copil. În acest fel se creează o relație traincă între programul preconizat de terapeut și viața și activitatea din cadrul familiei.
- Colaborarea cu școala este de natură să susțină activitatea copilului în cadrul procesului de recuperare. Un ajutor deosebit îl pot oferi dirigintele și profesorul de



educație fizică. Dirigintele, cunoscând tulburările pe care le are copilul, poate interveni pentru a-l determina să continue programul de recuperare. Profesorul de educație fizică, cunoscând dificultățile pe care le are în îndeplinirea programului, trebuie să fie alături de copil și să-l aplece de răutățile colegilor, iar în legătură cu îndeplinirea cerințelor să manifeste înțelegere, fără a blama incapacitatea copilului

- *Principiul diversității sistemului de mijloace* conduce la asigurarea unui climat atractiv de lucru, la cointeresarea copilului în execuții tot mai corecte, la dobândirea bagajului motric planificat cât mai temeinic și fără conflicte

Diversitatea mijloacelor vizează:

- varietatea mijloacelor, care contribuie la îmbunătățirea potențialului psihomotric al copilului;
- adaptarea sistemului de mijloace la particularitățile de vîrstă ale copilului;
- utilizarea în alternanță a componentelor de bază ale psihomotricității oferă copilului posibilitatea de a conștientiza dificultățile pe care le are;
- diversitatea metodelor de lucru trezește interesul și dorința de a face progrese în dobândirea capacității de mișcare a copilului.

- *Principiul normalității funcționale* se constituie ca obiectiv major al procesului de reeducare. Este finalitatea spre care tinde fiecare terapeut, este bucuria muncii împlinite, este scopul pe care trebuie să-l atingă și care vine să confirme calitatea muncii depuse.

Din momentul preluării cazului și în cadrul fiecărei etape de lucru au fost fixate obiective care au urmărit să asigure și să mențină mijloacele optime de reeducare, să-i redea copilului bucuria de a trăi și de a se adapta la viața familială și școlară.

- *Principiul planificării.* Activitatea, indiferent de forma sa de organizare, de scopul urmărit și de finalitatea spre care tinde, are ca punct de plecare planificarea activității. A planifica înseamnă a stabili parametrii funcționali prin intermediul cărora se poate ajunge la corectarea tulburărilor de psihomotricitate pe care le prezintă copilul, înseamnă, de fapt, a stabili reperele pe baza cărora terapeutul își „clădește” sistemul de mijloace, prin intermediul cărora va acționa, înseamnă a cunoaște copilul ce urmează să fie supus procesului de reeducare.

Reperul principal pe care se clădește planificarea privește cunoașterea copilului prin intermediul bateriei de teste ce ne oferă date sigure privitoare la carențele pe plan psihomotric. Acest reper este completat prin: cunoașterea mediului familial și al personalității părinților; anamneza vieții copilului, a comportamentului său în familie și la școală; nivelul mental (Q.I.); teste proiective; eventual, examen neurologic.

Datele, obținute astfel, au rolul de a orienta terapeutul, întrucît pe aceste date se clădesc planificarea sistemului de mijloace; etapele de lucru; momentele prin care se apreciază evoluția copilului (probe de control); stabilirea momentului optim, considerînd că au fost realizați parametrii funcționali.

Planificarea activității de reeducare este un demers ce conduce la anticiparea obiectivelor, a conținutului, a metodelor și mijloacelor de instruire, a instrumentelor de evaluare și a relațiilor care se stabilesc între aceste componente, în contextul procesului de reeducare a tulburărilor de psihomotricitate.

## EVALUAREA ÎN PROCESUL DE EDUCARE ȘI REEDUCARE PSIHOMOTRICĂ

Evaluarea reprezintă un ansamblu de acțiuni care sînt într-o strînsă interdependență cu scopul urmărit și cu mijloacele utilizate pentru a îndeplini obiectivele procesului de reeducare în psihomotricitate.

Scopul evaluării îl constituie stabilirea unor judecăți de valoare asupra eficienței acțiunilor, a procedeeului de lucru și a modului în care copilul s-a adaptat la sistemul de cerințe. Analiza modului în care este direcționată evaluarea scoate în evidență următoarele aspecte: verifică nivelul acumulărilor dintr-o anumită perioadă a dezvoltării; pune în evidență modul în care au fost utilizate mijloacele, ținînd cont de particularitățile fizice, psihice și comportamentale ale copilului; evidențiază progresele, stagnările și, eventual, regresele înregistrate de copil într-un anumit interval de timp; sînt informați copilul și părinții asupra capacității de adaptare la solicitări și perspectivele metodologice de lucru, pe care trebuie să le înțeleagă și să le conștientizeze.

Pornind de la aceste adevăruri și luînd în considerare obiectivele majore ale procesului de reeducare psihomotrică, se pot evoca (stabili) următoarele funcții ale evaluării: de constatare, informare, diagnosticare, prognozare, decizie și pedagogică (C. Cucoș, 1998, p. 178).

**Funcția de constatare** vizează următoarele forme:

- *constatarea preliminară* se referă la faptul că, la începutul procesului de reeducare, terapeutul, după ce a discutat cu părinții, care au relatat despre situația copilului și au prezentat recomandările medicului și psihologului, are o discuție cu copilul (în absența părinților), din care deduce unele aspecte privitoare la starea pe care o conștientizează copilul, modul în care el vede dificultățile pe care le are și cum consideră că pot fi acestea înlăturate;
- *constatarea curentă* – în interiorul fiecărei etape de lucru, terapeutul își notează toate aspectele majore legate de evoluția copilului, în timpul desfășurării procesului de reeducare psihomotrică. Aceste constatări sînt de natură să contribuie la înțelegerea cauzelor care au generat tulburările sau dificultățile pe care le prezintă copilul;
- *constatările etapizate* sînt elemente care rezultă din analiza probelor de control, stabilite la intervale bine determinate și care au ca puncte de reper anumiți parametri pe care copilul îi prezintă în acel moment, pentru a ilustra, cu date concrete, progresele înregistrate într-un interval de timp bine definit. Acest tip de constatare are o valoare pedagogică deosebită, întrucît ea pune în evidență progresele



înregistrate de copil în etapa respectivă, asigurînd, astfel, și datele necesare pentru pregătirea etapei următoare de tratament.

### **Funcția de diagnosticare**

Copilul se prezintă cu diagnosticul stabilit de medicul de familie sau de cel școlar, dar și de psihologul școlar. Fără a avea intenția de a contesta diagnosticul, terapeutul supune copilul la o baterie de teste, specifice activității sale, pentru a pune în evidență nivelul tulburărilor de psihomotricitate, componentele motrice afectate, raportul dintre vîrsta cronologică și cea motrică, unele aspecte specifice bilanțului psihomotric. În acest mod, prin contribuția psihologului, terapeutul are la dispoziție date sigure privind coeficientul de dezvoltare (Q.D.), coeficientul intelectual (Q.I.) și de lateralitate (Q.L.), date care vor sta la baza întocmirii programului, pentru următoarea etapă a planului terapeutic.

### **Funcția de informare**

Este o latură importantă a procesului de reeducare, întrucît sînt implicați, pe lîngă familie și școală, medicul și psihologul școlar.

Scopul informării acestor factori este de a contribui, în limita sferei lor de cunoștințe, la lărgirea sistemului de mijloace, prin intermediul cărora familia poate înțelege că eforturile care se depun sînt susținute și urmărite de toți cei care au datoria de a contribui la buna încadrare a copilului în cerințele școlare.

Informarea de către terapeut a acestor factori are rolul de a prezenta: modul în care copilul se încadrează sau nu în sistemul de cerințe; ce alte manifestări au fost evidențiate în timpul desfășurării procesului de reeducare și care impun o relativă schimbare a planului de tratament; cum se poate interveni pentru a lărgi și intensifica sistemul de mijloace utilizat de către terapeut; care sînt elementele pe care familia și școala trebuie să le preia, pentru a colabora la realizarea unor acțiuni conjugate, absolut necesare pentru o mai bună reușită a eforturilor depuse de copil și echipa de tratament.

### **Funcția de prognosticare**

Terapeutul, pe baza cunoștințelor sale, are posibilitatea de a elabora unele elemente de prognoză, care să anticipe evoluția copilului, sub raportul îmbunătățirii capacității sale psihomotrice, pe trei planuri: prognosticarea unor eventuale dificultăți ce pot apărea pe parcursul desfășurării procesului de reeducare; prognosticarea evoluției copilului pe parcursul etapei viitoare de tratament; prognosticarea bilanțului final la care se poate spera, în condițiile în care copilul se încadrează în sistemul de cerințe.

Aceste previziuni pot fi confirmate numai în condițiile în care sînt asigurate baza materială și un raport de colaborare și înțelegere între factorii implicați în acest dificil proces de reeducare: familia, școala, cadrele de specialitate: terapeut, medic, psiholog.

### **Funcția de decizie**

Derivă din studierea capacității de adaptare la sistemul de mijloace și metode folosite de către terapeut, pe parcursul procesului de reeducare psihomotrică. Decizia

de a încheia procesul de reeducare nu va fi luată decît în condițiile în care echipa terapeutică consideră că toate resursele de recuperare au fost în întregime realizate. Este un moment dificil pentru copil, întrucît acesta a dobîndit un atașament față de modul în care terapeutul a reușit să-i trezească încrederea în forțele sale, în modul în care trebuie să se comporte în familie și la școală.

### **Funcția pedagogică**

Evaluarea are un rol deosebit, deoarece oferă subiectului și terapeutului o privire de ansamblu asupra modului în care aceștea au fost implicați în activitate.

Copilul, pe tot parcursul tratamentului de care a beneficiat, reușește să dobîndească o imagine mai clară privitoare la cine a fost înainte și cine este în prezent, ce beneficii a obținut și ce perspective i se oferă; ce abilități a dobîndit și cum a reușit să conștientizeze capacitățile sale motrice și psihice; el nu trebuie să piardă din vedere că rămîne dator unui program de lucru pentru a menține și chiar depăși nivelul psihomotric pe care l-a dobîndit pînă în acel moment.

### **Funcțiile limbajului**

Un rol important în procesul de creștere și dezvoltare a unui copil îl are și limbajul, întrucît asigură dobîndirea de cunoștințe și posibilitatea de stabilire a relațiilor interumane. Pentru a reuși să intre în legătură cu adultul, să perceapă și să trăiască realitatea, trebuie să dobîndească capacitatea de a înțelege semnificația unor cuvinte. Funcția simbolică a cuvintelor se constituie în „piatră de temelie” a limbajului adultului, la care copilul trebuie să accedă treptat. Familia trebuie să acționeze în consens pentru a-l determina pe copil să înțeleagă și să pătrundă sensurile cuvintelor, fapt ce îl stimulează pentru a acumula, treptat, „sistemul lingvistic”.

În asimilarea limbajului, un copil parcurge următoarele etape: apariția primelor elemente de comunicare; multiplicarea elementelor de comunicare folosite izolat; apariția sintezelor; apariția formelor (gramaticale) ale limbajului (M. Cohen, citat de M. Debesse, 1970, p. 161).

Atunci cînd copilul nu folosește decît elemente izolate, se constată că limbajul lui va fi imprecis, cu multe omisiuni, greu de urmărit și de înțeles. În funcție de natura tulburării, terapeutul trebuie să prevadă ca obiectiv de lucru, în primul rînd, cunoașterea de către copil a propriului corp. În momentul în care i se prezintă anumite părți ale corpului, folosind cuvinte sau gesturi, este indicat să se treacă practic la executarea acțiunii de către copil. În acest sens, segmentul fie că este condus de către terapeut, fie că acțiunea este executată de către copil.

*Modalitățile de abordare.* Sub raport metodologic, terapeutul este obligat să aibă în vedere următoarele elemente: sistemul de comunicare să fie bazat pe enunțarea clară a cuvintelor, cu modulații ale tonalității (aproape muzicale); urmărirea atentă a reacțiilor copilului, în momentul în care terapeutul enunță tema ce urmează a fi efectuată; solicitarea ca și copilul să verbalizeze acțiunile pe care le efectuează.

Fiind în discuție rolul limbajului în procesul de reeducare psihomotrică, este util a se preciza că vocabularul utilizat trebuie să fie pe înțelesul copilului, să prezinte elemente concrete (fără divagații); enunțul să fie simplu și cu un număr redus de cuvinte; să contribuie, treptat la ancorarea în realitate, cît mai aproape de vîrsta



cronologică. Limbajul și gestul sînt necesare, întrucît se constituie în modalități de adaptare la realitate, îl conduc pe copil spre dezvoltarea capacității de stăpînire și dirijare a corpului, dar, mai ales, concretizează raportul dintre dorința de a efectua și puterea de a executa.

În procesul de reeducare psihomotrică, printre mijloacele utilizate, sînt cuprinse și elemente de educare a respirației. Asociind respirația cu emisia de sunete, se obține un dublu efect: pe lîngă creșterea capacității respiratorii se asigură condiții optime pentru formarea deprinderii de a enunța corect cuvintele. În acest sens, în timpul educării expirației este utilizat procedeul de emisie a unor sunete, cu accent pe vocalele *a*; *o*; *u*.

Emisia acestor sunete îl obișnuiește pe copil să alterneze: vocea puternică pe o durată scurtă cu vocea medie pe o durată medie; vocea slabă pe o durată cît mai lungă de timp cu vocea puternică cu momente slabe (Pick-Vayer, 1968, p. 77).

Pe fondul acestei forme de activitate, în care copilul este obișnuit ca, înainte de a emite vocalele, să execute un inspir profund, terapeutul poate să utilizeze și procedeul de emisie a unor cuvinte scurte care să cuprindă vocalele *a*, *o*, *u*, *e*, *i*.

Terapeutul, la început, exemplifică modul în care trebuie să fie emise cuvintele, fapt ce-l va stimula pe copil să declanșeze enunțarea acestor cuvinte cît mai corect posibil. În cadrul acestor exerciții, accentul trebuie pus pe: adaptarea buzelor, specifică fiecărei vocale; o relație corectă între inspirația pe nas și expirația din timpul enunțării cuvintelor; alternarea vocii puternice cu cea slabă; executarea acestor exerciții din diferite poziții (stînd, așezat, decubit dorsal și ventral), din stînd pe loc și din deplasare.

Pentru a-l obișnui cu o execuție cît mai corectă, copilul este plasat în fața unei oglinzi, avînd în acest fel posibilitatea de a se controla asupra modului în care efectuează inspirația (cu gura închisă) cît și enunțarea cuvintelor cu gura deschisă. Tot în fața oglinzii, poate asocia enunțarea unor cuvinte, ce prezintă poziția segmentelor și a trunchiului în spațiu și chiar descrierea mișcărilor pe care le execută. În acest mod se asigură condiții optime pentru: reținere acțiunilor pe care le efectuează; acordul între mișcare și respirație; dobîndirea capacității de pronunțare corectă a cuvintelor; îmbogățirea vocabularului prin achiziția de cuvinte legate de părțile corpului.

În acest context, terapeutul, pe lîngă formarea și dezvoltarea componentelor psihomotrice, își orientează atenția și asupra modului în care copilul poate să-și exprime dorințele, să verbalizeze acțiunile pe care le efectuează pentru a reuși să comunice cu cei din grupul din care face parte.

## **ROLUL TERAPEUTULUI ÎN ORGANIZAREA ȘI DESFĂȘURAREA PROCESULUI DE REEDUCARE PSIHOMOTRICĂ**

### **Proiectul reeducativ**

Urmărind modul în care copilul se înscrie în sistemul de cerințe pe plan comportamental, terapeutul are posibilitatea de a descoperi dificultățile asupra cărora trebuie să-și orienteze atenția, pentru a afla modalitățile practice prin intermediul cărora va putea acționa pentru a reuși să-și îndeplinească obiectivele propuse.

Stabilind direcțiile principale de abordare a modalităților de acțiune, terapeutul se orientează asupra sistemului de metode și mijloace prin intermediul cărora să obțină ameliorarea treptată a comportamentului copilului.

Atenția terapeutului trebuie să fie îndreptată, în principal, asupra acelor obiective care să-i faciliteze copilului posibilitatea de a-și dobândi conștiința propriului corp, în relație cu stăpânirea echilibrului, pe parcursul diverselor situații ce reclamă coordonarea segmentară sau globală. Se acordă o mare importanță orientării spațio-temporale a copilului, condiție esențială unei cât mai bune posibilități de adaptare la lumea exterioară.

Dobândirea, la un nivel corespunzător, a acestor comportamente structurale îi va oferi copilului posibilitatea de a-și stăpâni corpul, fapt care îl va conduce spre întuirea acelor posibilități practice prin intermediul cărora să-și controleze comportamentul.

Pentru a ajunge la acest nivel, este un drum lung, care prezintă unele ezitări, ce trebuie înlăturate cu multă atenție, răbdare și înțelegere de ambele părți: terapeut și copil.

Terapeutul în psihomotricitate trebuie să ofere subiecților, în ultimă instanță, activități care au un singur obiectiv principal: menținerea sau reinscrierea lor familială și, după caz, socio-profesională.

Profilul psihomotor al copilului normal dezvoltat, dar cu dificultăți școlare fluctuează în funcție de cauza care a determinat dificultatea: mediul familial perturbat, lipsa de supraveghere, trauma afectivă, lateralitatea rău afirmată, stângăcie sau stângăcie contrariată, schimbarea permanentă a unităților școlare sau a cadrelor didactice.

Profilul psihomotor al copilului întârziat mintal este evidențiat prin acțiunile sale.

Deficiențele mentale de nivel mediu sau avansat prezintă particularități ale dezvoltării pe plan psihomotoric constând în: tulburări accentuate ale echilibrului static și dinamic, incosecvențe ale lateralității emisferice, prezența sincineziilor, dezorientare



spațio-temporală, dificultăți majore de coordonare a mișcărilor dublate de incapacitatea de a se adapta acțiunilor motrice, incapacitatea de executare a unor mișcări precise, dereglări ale respirației în eforturile pe o durată mai mare de timp, precum și instalarea prematură a stării de epuizare fizică, manifestată prin scăderea forței flexorilor palmari, pentru membrele superioare, și mers nesigur, pentru membrele inferioare. Aceste manifestări sînt tipice tulburărilor de apartenență psihomotrică, în care anomaliile psihice și cele motrice demonstrează, fără a mai fi nevoie de alte argumente, legătura nemijlocită dintre mișcare și gîndire.

Individualizarea tipurilor de tulburări psihomotrice nu poate fi desprinsă de locul pe care îl ocupă deficiența motrică în linia generală a dezvoltării. Aspectului psihologic îi revine un loc important, iar cîmpul de aplicare a terapiei psihomotrice poate fi considerat cuprinzător. Dacă se ia în considerație ideea potrivit căreia psihomotricitatea este rezultatul interacțiunii educației și maturizării sinergiilor, precum și a conjugării funcțiilor motrice cu cele psihice, nu numai a cauzelor ce le determină, ci și a manifestărilor care le însoțesc (voința, afectivitatea, nevoile nesatisfăcute sau constrîngerile), trebuie avut în vedere că, în orice situație, tulburarea mentală este asociată și cu o debilitate motrică, ce se caracterizează prin lipsa preciziei în executarea mișcărilor, impulsivitate sau emotivitate, execuții lente sau instabile de mișcare. Acest aspect, generat de componența psihică a deficitului motor, nu trebuie neglijat, deoarece, fără a se constitui ca un factor determinant al infirmității motrice, el poate amplifica gradul de deficit motor prin neimplicare volițională.

În concepția majorității autorilor, reeducarea psihomotrică a copilului este considerată cu atît mai complexă cu cît comportă implicații în mai multe domenii: medicină, psihologie, pedagogie, dar avînd ca principal mijloc de tratament mișcarea, prin intermediul căreia se acționează asupra întregului corp, a întregii personalități, fapt ce obligă la o selecție riguroasă a mișcărilor, pentru a contribui la dezvoltarea motorie globală, la conștientizarea structurilor spațio-temporale, la inserția sa socio-familială, ca preludiu la cea socio-productivă, de mai tîrziu.

Aceste argumente sînt în măsură să explice de ce cîmpul reeducării psihomotrice este atît de larg, cuprinzînd în aria de acțiune cu caracter pedagogic atît copilul cu deficiență mintală, cu grade diferite de dificultate, cît și pe acei copii normal dezvoltati pe plan intelectual, dar care prezintă un grad mai ridicat al neadaptării pe planul emotivității, impulsivității, al dezorganizării spațio-temporale, unele tulburări de schemă corporală sau de lateralitate corporală preferențială.

Pe baza testelor pe care copilul le-a efectuat, cît și cu ocazia discuției purtate, terapeutul are toate datele necesare care să-l conducă la întocmirea planului terapeutic pentru perioada următoare.

Durata și conținutul procesului de reeducare psihomotrică sînt în funcție de nivelul tulburării, de natura ei, de vîrsta copilului, de capacitatea lui de adaptare, dar și de „puterile” și „limitele” sub raportul potențialului său psihomotric.

Programul terapeutic, eșalonat pe 4 săptămîni, trebuie să cuprindă acele elemente care se opun situației nefavorabile care a generat eșecul. Acest mod de a acționa, de a proiecta și orienta procesul de reeducare psihomotrică vizează, pe de o parte, să-l determine pe copil să iasă din starea de dominare, să-și evidențieze carențele, dificultățile, iar pe de altă parte, să-i ofere terapeutului posibilitatea de a

acționa în direcția întocmirii proiectului, în vederea selecționării celor mai potrivite mijloace, care să fie în strict acord cu ceea ce-i folosește copilului, pentru a conștientiza că acest proces a izvorât din ființa sa, îi aparține, fapt pe care trebuie să-l înțeleagă și să lupte pentru îndeplinirea sa.

Planul terapeutic va trebui să fie „clădit” în strict acord cu nivelul tulburărilor și dificultăților copilului, fapt ce impune a fi stabilit:

### • *Cu ce mijloace se acționează ?*

În funcție de comportamentul copilului (pasiv sau activ), pot fi utilizate mijloace dirijate sau mijloace libere, la alegere.

*Mijloacele dirijate* privesc acele gesturi motrice care îl pun pe copil în situația de a efectua corect, precis și coordonat o sumă de mișcări, prin care se urmărește dezvoltarea acelor aptitudini care se constituie în carențe ale pregătirii sale motrice. În general, sînt selecționate mijloacele care favorizează cel mai bine deprinderile motrice de bază, dar sînt selecționate și sistematizate și alte mijloace, în funcție de caracteristicile de bază ale psihomotricității.

*Mijloacele libere* sau la alegere sînt cele care promovează spontaneitatea, creativitatea, descoperirea de către copil a „senzațiilor” care-l vor conduce spre descoperirea propriului corp, a carențelor sale, a mijloacelor prin care poate să depășească dificultățile manifestate pe planul activităților sale corporale.

### • *Cum poate fi eșalonat programul de lucru?*

A eșalona, înseamnă, de fapt, a doza strădaniile pe care trebuie să le depună copilul în procesul de reeducare. Trebuie înțeles faptul că strădania este acea latură a personalității prin care se pune în „operă” modul în care copilul poate să se concentreze asupra acțiunilor în curs de desfășurare, poate să găsească resursele interne care să-l conducă la reușită, poate să armonizeze resursele reeducatorului cu înclinațiile, năzuințele, dar și opțiunile sale.

### • *Ce elemente de prognostic pot fi stabilite?*

O dată cu trecerea testelor, care pun în valoare nivelul posibilităților psihomotrice ale copilului, dar și după ce a participat la primele lecții, terapeutul este în măsură să stabilească, cu relativă obiectivitate, posibilitățile și limitele la care se poate ajunge cu refacerea potențialului psihomotric al copilului. Unele elemente de prognostic se pot stabili pornind de la modul în care copilul conștientizează situația dificilă în care se află, manifestată prin solicitarea de ajutor, prin dorința de a fi „mai bine”, prin cooperarea deschisă în procesul de reeducare la care participă.

### **Personalitatea terapeutului**

Personalitatea se definește ca o sumă de calități și defecte proprii fiecărei persoane, conturînd o individualitate conștientă și liberă. Privită dintr-un alt unghi, personalitatea însumează întreg ansamblul de trăsături morale și intelectuale ce caracterizează o persoană, fiind la originea succeselor sau insucceselor sale.

Personalitatea terapeutului, în contextul participării sale la redobîndirea potențialului psihomotric, are profunde implicații sociale. Profesionalismul său este, în



ultimă instanță, datorat valorii sale, pe care trebuie să i-o recunoască societatea în care trăiește și își desfășoară activitatea. Imaginea pe care terapeutul reușește să și-o facă despre el personal trebuie să se regăsească și în părerile pe care cei din jurul său le au despre nivelul pregătirii sale profesionale și, în mod deosebit, asupra rezultatelor obținute în domeniul său de activitate (A. Nicolau, 1987, p. 84).

Aceste trăsături, ce conturează personalitatea oricărei persoane, indiferent de domeniul în care lucrează, au o importanță considerabil mai mare atunci când beneficiarul prestațiilor sale este un copil, cadrul dificultăților psihomotrice pe care acesta le parcurge fiind incomparabil mai mare decât cel al persoanei adulte.

Reeducarea unui copil cu tulburări sau dificultăți psihomotrice impune respectarea unor cerințe, fără de care reușita terapeutică poate deveni incertă. Fără prezența de a le epuiza în totalitate, trebuie reținute următoarele: pregătire profesională corespunzătoare, actualizată la tot ce este nou în planul terapeutic aferent cazului în tratament; capacitate și obiectivitate în posibilitățile de evaluare a restantului funcțional; discernământ în selecția și combinarea mijloacelor de tratament recomandate; introducerea unor criterii de dozare și gradare a limitelor de solicitare psiho-fizică a copilului deficient; antrenarea familiei sau a aparținătorilor în planul terapeutic complex.

Sub aspect etic și deontologic, adaptarea sau readaptarea, după caz, a unui copil cu tulburări sau deficiențe psihomotrice la cerințele vieții de familie, școlară sau socială trebuie să fie realizate într-un cadru psihopedagogic bine definit, iar conducerea acestui proces să fie atribuită unor specialiști, a căror pregătire profesională este strict legată de acest domeniu. O privire de ansamblu, asupra specialistului, aduce în discuție personalitatea sa reflectată prin trăsăturile definitorii pe care le prezintă, cum acționează și cum percepe pacientul, care sînt structura și dinamica relațiilor pe care le are cu pacientul.

### *I. Cine este și cum trebuie să fie?*

Specialistul, ca persoană, trebuie să reflecte totalitatea unor însușiri, relații și calități; identitatea socială a specialistului, ca ființă concretă, investită cu drepturi și datorii, avînd aspecte specifice de recunoaștere. Personalitatea reflectă structura psihică și evoluția acesteia în toată complexitatea sa, evidențiind importanța socială a omului, precum și expresia sa valorică, adică statutul său social.

În structura personalității sînt cuprinse o serie de trăsături, cum ar fi, spre exemplu, idealul său cultural, pe care societatea trebuie să i-l recunoască, rolul său social, exprimat prin modul în care se comportă în profesie și în societate, imaginea pe care reușește să și-o facă despre eul său subiectiv, la fel ca și despre cel reflectat din imaginea pe care cei din jur o au despre personalitatea sa, despre nivelul pregătirii sale profesionale și cu preponderență asupra rezultatelor obținute în domeniul său de activitate (A. Nicolau, 1987, p. 68).

### *II. Ce trăsături definitorii trebuie să prezinte?*

În mod constant, specialistul trebuie să manifeste acele trăsături care determină aprecierea celor cu care vine în contact, atît în cadrul relațiilor uzuale, cît și în cele profesionale.

În relațiile sale cu copilul ce prezintă tulburări sau dificultăți psihomotrice, sfera comportamentală trebuie să cuprindă o gamă largă de trăsături, prin intermediul cărora să-și poată valorifica capacitatea de adaptare la solicitări, care să-i permită să-și valorifice la maximum competența profesională. În contextul reeducării pe plan psihomotric, se impune obiectivitate în aprecierea nivelului tulburărilor sau deficiențelor pe care le prezintă copilul, discernământ în selecționarea și utilizarea sistemului de mijloace, perseverență în urmărirea obiectivelor propuse, stăpânire de sine, concretizată prin evitarea aspectelor moralizatoare din timpul activității sale, și, nu în ultimul rând, obiectivitate în direcția aprecierii corecte a efectelor din cadrul etapelor de lucru.

Terapeutul trebuie să demonstreze, prin comportamentul său, statutul de formator pe plan psihomotric. În acest sens, specialistul trebuie să dovedească devotament, manifestat prin hotărârea de a depune toate eforturile pentru ca planul pe care l-a întocmit să fie realizat în cele mai bune condiții; politețe, în formularea sistemului de cerințe, dar, mai ales, în exprimarea unor neînțelegeri; obiectivitate în aprecierea stării de fapt la care a ajuns copilul la un moment dat; modestie în autoaprecierea modului în care își desfășoară procesul de pregătire și, mai ales, a rezultatelor pe care le-a obținut; conștiinciozitate în organizarea și desfășurarea, în timp util, a programului stabilit. Aceste aspecte pun în valoare întreaga activitate pe care terapeutul o desfășoară, asigurând, în același timp, premisele cooperării necondiționate a copilului ca terapeutul.

În activitatea sa practică din domeniul reeducării pe plan psihomotric, personalitatea specialistului este pusă în valoare numai atunci când sînt pe deplin ilustrate relațiile dintre intenție și acțiune, dorință și realizare, calități și fapte. Terapeutul trebuie să fie înzestrat cu calități psihice și fizice care să-i asigure potențialul necesar îndeplinirii obiectivelor reeducării psihomotrice pe care și le propune.

*Pe plan psihic*, terapeutul să țină cont de particularitățile individuale ale fiecărui copil în parte, capabile să contribuie la refacerea potențialului psihic și motric afectat, indiferent de cauza care l-a generat. Aptitudinile pe care trebuie să le demonstreze terapeutul sînt legate, în special, de spiritul său de observație, de creativitate în ordonarea sistemului de mijloace, perseverență și interes pentru găsirea celor mai bune căi de obținere a rezultatelor.

*Pe plan fizic*, terapeutul trebuie să fie preocupat de perfecționarea deprinderile motrice pe care le reclamă specificul profesiunii pe care o practică. Calitățile motrice trebuie să se situeze la un nivel corespunzător, întrucît acestea sînt elementele pe care se clădesc sistemele de acționare din cadrul procesului de reeducare. Să posede un control al corpului propriu pentru a fi capabil să facă față solicitărilor la care va fi supus în timpul organizării, conducerii și desfășurării activităților practice. Să dispună de un potențial de orientare și de adaptare spațială, o bună memorie vizuală, dar și de o capacitate de relaxare și de control tonic care vor fi frecvent solicitate în activitate. Să aibă un deosebit simț al ritmului și al coordonării mișcărilor și al stăpînirii de sine.

### III. Cum acționează și cum percepe pacientul?

Înțelegerea corectă a modului în care trebuie să se clădească colaborarea dintre copil și terapeut este determinantă pentru reușita procesului de reeducare pe plan psihomotric.



Relația care trebuie să conjuge interesele celor două părți trebuie clădită pe îmbinări de temeri și bucurii, reușite și eșecuri, rețineri și degajări. Sînt componente greu de anticipat, dar care, printr-o activitate metodic organizată și corect structurată și orientată în raport cu natura tulburării, vor asigura reușita planului terapeutic propus.

Terapeutul trebuie să se adapteze permanent fiecărui caz în parte. În procesul de reeducare psihomotrică nu există tipare pe care le poți aplica, fără a lua în considerație particularitățile pe care le prezintă fiecare pacient în parte. Pacientul vine cu stereotipurile lui și dorește să le modifice pentru a reuși să se integreze în sistemul general de cerințe.

În procesul de reeducare psihomotrică terapeutul trebuie să ia în considerație trăsăturile de personalitate ale copilului. Este cunoscut faptul că un copil, în această situație, prezintă o personalitate în formare, condiții în care parcurge diferite scheme raționale, dintre care unele sînt reușite, iar altele, din cauza unor condiții interne sau externe, se constituie în eșecuri cu consecințe dintre cele mai nefavorabile. Sesizate de familie sau școală, iar de multe ori chiar de către copil, acesta se închide în sine și se depărtează de mediul înconjurător, ceea ce conduce la adîncirea tulburărilor sau dificultăților.

#### *IV. Structura și dinamica relației dintre terapeut și pacient?*

Conduita terapeutului față de copil prezintă unele variabile, ce asigură modul în care, sub raport cantitativ și calitativ, se realizează schimbul constant de atitudini comportamentale reciproce.

Nivelul relațiilor interpersonale se exprimă, de fapt, prin perceperea și cunoașterea partenerului, prin acceptarea relației de cooperare, prin funcționarea optimă și corectă a relației dintre parteneri, prin recunoașterea rolului de coordonator al activității, de către terapeut, prin organizarea și orientarea procesului de reeducare, pentru a asigura ameliorarea comportamentală a copilului.

Aceste coordonate trebuie să fie conduse și controlate fără excese, fără impunerea unei anumite ținute rigide. Ele trebuie să fie în așa fel înlănțuite, încît copilul să aibă senzația că au izvorît din proprie inițiativă, că nu sînt impuse, că sînt necesități de care depinde reușita pentru a învinge dificultățile pe care corpul său le are. Copilul trebuie să conștientizeze că dificultățile pe care le are pot fi corectate prin voința sa, cu condiția să dorească acest lucru, să acționeze în sensul orientării oferite de terapeut, să manifeste înțelegere, dar mai ales să persevereze în regăsirea unei imagini corporale proprii, așa cum consideră că ar trebui să fie.

Terapeutul, în etapa identificării de către copil a imaginii sale corporale, adoptă o atitudine relaxată, lipsită de constrîngere, ceea ce asigură condiții ca acesta să se „deschidă” și să-și contureze statutul său de persoană.

Permisivitatea terapeutului trebuie să fie asociată cu o anumită prestanță, fără a fi inflexibilă, ceea ce va permite copilului să-și mențină inițiativa. Terapeutul trebuie să se adapteze treptat la resursele de lucru ale copilului, cu tulburările sau dificultățile pe care le prezintă pe plan psihomotric. Atitudinea sa nu trebuie să fie prea apropiată, pentru a evita declanșarea mecanismului de transfer, prin care să devină un înlocuitor al familiei, dar nici prea inflexibilă, fapt care ar putea determina o reacție de neadaptare din partea copilului.

În cadrul procesului de reeducare psihomotrică se regăsesc, cu rezultate dintre cele mai bune, preceptele „școlii active”, fapt confirmat prin rezultatele superioare obținute în activitățile practice. Acest sistem se remarcă prin posibilitatea copilului de a efectua acțiunea, de a verbaliza în fiecare moment atitudinile și mișcările pe care le execută, de a-și controla ținuta și de a o corecta, putînd constata acordurile și, eventual, dezacordurile dintre model și realitate. De această manieră, copilul este în situația de a putea lua oricînd o decizie de a corecta eventualele abateri de la model și să se preocupe de găsirea unor noi forme de implicare în procesul său de reeducare pe plan psihic și motric.

În acest mod, copilul rămîne cu impresia că a aflat singur cum trebuie să acționeze, că perceperea acțiunilor este consecința gîndirii sale, fapt ce trebuie interpretat ca o premisă favorabilă, spre reușita în direcția refacerii potențialului său psihomotric.

Cunoașterea modului în care copilul se comportă în afara activităților reeducative se obține de la părinți, care pot oferi date sigure privitoare la evoluția pe care copilul o înscrie pe parcursul procesului de reeducare psihomotrică. Comunicarea dintre părinți și terapeut trebuie să fie axată pe aspectele care pot contribui la elaborarea și la modificarea pe parcurs, dacă este cazul, ale programelor de tratament.

Părinții pot informa terapeutul asupra unei mari diversități de probleme, între care, de mare utilitate, trebuie citate modul în care copilul se comportă în familie, opiniile copilului asupra solicitărilor la care este supus, dacă le consideră ușoare sau grele, dacă sistemul de mijloace și metode cu care lucrează sînt atractive sau nu, dacă are dificultăți în executarea acțiunilor. Părinților trebuie să li se atragă atenția să nu intervină cu elemente corective în sistemul de mijloace pe care copilul le relatează. Un impediment serios în evoluția favorabilă a copiilor cu tulburări sau dificultăți psihomotrice este provocat de părinții hiperprotectivi, care sînt o veritabilă frînă în parcursul spre mai bine al acestor copii.



## COORDONATELE PROCESULUI DE EDUCARE ȘI REEDUCARE PSIOMOTRICĂ

Psiomotricitatea are ca obiectiv major deprinderea copilului să execute corect și, pe cît este posibil, elegant gesturile impuse de realitatea în care trăiește. Atunci cînd se urmărește achiziționarea de către copil a coordonării și preciziei gestului, este necesar să se aibă în vedere două condiții: să se acorde o atenție deosebită educației copilului în vederea formării și imprimării gesturilor motrice ce urmează a fi însușite; să se asigure o dezvoltare controlată a sinergiilor neuromusculare.

Acest obiectiv terapeutic este accesibil numai atunci cînd copilul dispune de un bagaj motric care poate fi educat, cunoscut fiind faptul că personalitatea fizică, în orice situație, se corelează cu cea mentală.

Factorii care condiționează motricitatea nu sînt exclusiv biologici, după cum și factorii care condiționează inteligența și caracterul depind, într-o mare măsură, de starea de echilibru a principalelor funcții fiziologice, în special starea de echilibru endocrin. Personalitatea copilului formează „un tot”, în care unul din cei doi factori nu se poate dispensa de celălalt, fără a provoca o dezarmonie ale cărei consecințe se vor manifesta în viața sa școlară, profesională și socială. Scopul final este, în ambele cazuri, adaptarea optimă a individului la condițiile ambianței în care el trebuie să trăiască.

Henri Wallon (1964, p. 137) a marcat etapele de dezvoltare a activității musculare, a celei mentale și emoționale, cît și raportul de reciprocitate constantă dintre atitudine și mișcare cu sensibilitatea care le corespunde. După același autor, evoluția pe plan psihomotric poate fi eșalonată în patru etape:

- *prima etapă* (sugari). Instinctul constituie potențialul motor, fără capacitate de memorie și de control, absența totală a controlului motor explicîndu-se prin absența memoriei motrice;
- *etapa a doua* (2 ani). Achizițiile senzoriomotorii și senzoriale contribuie la dezvoltarea memoriei și a controlului mișcării. Mișcarea devine, treptat, globală, ea este controlată de memorie și de cunoașterea mișcării;
- *etapa a treia* (7-15 ani). Noțiunea de idee și voință motrică domină impulsul motric, care va fi el însuși canalizat, stăpînit, controlat de către dezvoltarea memoriei motorii a copilului.
- *etapa a patra* (adolescență). Adolescentul și-a dezvoltat și capacitatea de memorare a mișcărilor și noțiunilor privitoare la lumea exterioră a obiectelor, ca formă, relief și viteză. Datorită cunoașterii lumii exterioare lui, i s-au dezvoltat dorința și voința de mișcare. Se constată, la unii copii, existența unui dezacord, în grade diferite de manifestare, între activitatea musculară, mentală și emoțională, pe de o parte, și de

atitudine, mișcare și sensibilitate, pe de altă parte. Constatarea este de natură să trezească interesul familiei și al educatorului, pentru a lua măsurile care se impun în vederea consultării unui specialist, ce va stabili modalitățile de acționare pentru corectarea acestor tulburări.

### **Procesul de reeducare în sfera psihomotrică**

Reeducarea psihomotrică își propune ca, plecând de la corp și de la motricitate corporală, să se acționeze asupra psihicului, atât pe plan mental cât și pe plan afectiv, aceste două planuri fiind strâns legate de nivelul inconștientului (A. Lapiere, 1975, p. 364).

Privită în ansamblu, activitatea de reeducare poate fi orientată în două direcții principale: corectarea dificultăților de exprimare pe plan psihomotric; reeducarea tulburărilor motorii funcționale, urmărirea unor factori interni sau externi, ce au făcut inevitabile eșecurile.

Cunoașterea formelor de manifestare, fie a dificultăților, fie a tulburărilor, pot fi puse în evidență prin intermediul sistemului de evaluare a potențialului psihomotor al copilului.

Activitățile corporale, sub raportul modalităților de utilizare, dar, mai ales, cel al efectelor benefice ce se pot obține, au o valoare deosebită în procesul de reeducare.

Modul de organizare, de stratificare și de eșalonare într-o anumită etapă de lucru, precum și nivelul de dificultate ce trebuie adaptat situației reale pe care o prezintă copilul determină ca activitățile corporale să devină singurele instrumente operaționale cu potențial major, în procesul de reeducare psihomotrică.

Pornind de la aceste postulate, trebuie avut în vedere că activitatea de reeducare psihomotrică are ca modalitate principală de acționare corticalizarea mijloacelor utilizate, în sensul transunerii lor pe planul mental al sistemului de operare, urmată de realizarea ei practică, fără a beneficia de vreun anume model. Se apelează la vizualizarea unui model numai în condițiile existenței unui prag scăzut de înțelegere a acțiunii, preconizate.

Se utilizează procedeul de corticalizare a imaginii unor acțiuni, cu scopul de a obișnui copilul să-și conceapă singur acțiunea, să o înțeleagă și să decidă momentul prielnic pentru efectuarea ei. Se apelează la acest procedeu având următoarele obiective: consolidarea mecanismelor de apărare a eului corporal; utilizarea acelor mijloace care să-i asigure consolidarea încrederii în capacitățile proprii de realizare a acțiunilor propuse; înlăturarea sau reducerea sistemului de factori care au contribuit la instalarea dificultăților sau tulburărilor; orientarea acțiunilor spre intelectualizarea conduitelor motrice, ceea ce va contribui la conceptualizarea răspunsurilor înainte de a fi declanșate; verbalizarea, ca o cale sigură de conștientizare a comportamentelor psihomotrice, fapt ce permite un control eficient al acțiunilor ce urmează a fi efectuate, copilul având posibilitatea de a „privi” degajat elementele constitutive și de a le corecta în mod corespunzător, fără constrângeri, fără presiuni externe; asigurarea condițiilor optime pentru manifestarea unor inițiative, care să ilustreze modul în care copilul a înțeles obiectivele ce urmează a fi îndeplinite; în aceste condiții, activitățile desfășurate în grup au o valoare deosebită, întrucât permit evidențierea capacității de analiză a modului în care tema propusă este realizată, asigurând și condițiile ca observațiile generale să fie recepționate și interpretate individual, ceea ce conduce la



recunoașterea greșelilor și la imprimarea dorinței de a le evita în viitor; sistemul de mijloace utilizat să fie direcționat spre stimularea copilului pentru a-și reprezenta mental acțiunea și a decide cînd este momentul optim pentru a declanșa comanda pentru execuția acțiunii.

Realizarea acestor obiective principale este pusă în valoare numai atunci cînd copilul reușește să evidențieze greșelile pe care le-a săvîrșit în timpul executării acțiunii, care fie că a fost comandată, fie că este urmarea unei inițiative proprii.

În condițiile în care se constată că apar unele dificultăți în executarea unor acțiuni sau cînd starea generală este sub influența unei stări de agitație sau nu poate să-și orienteze atenția asupra acțiunilor în curs de desfășurare, se recomandă practicarea unor exerciții de imitare a unor atitudini și mișcări care să-l influențeze pozitiv pe copil (G.B. Soubiran, 1975, p. 98).

Concomitent cu conștientizarea componentelor psihomotrice și datorită utilizării sistemului de mijloace axate pe joc, se asigură o relativă decontracturare a principalelor grupe musculare, simultan cu instalarea stării de calm, lăsînd liberă atenția să se îndrepte spre acțiunile în curs de desfășurare.

Utilizarea jocurilor impune ca preocuparea terapeutului să fie orientată spre asigurarea tuturor condițiilor pentru ca subiectul să poată participa cu naturalețe la acțiunile de joc, în care activitățile corporale sînt principalele forme de manifestare a conștientului, prin intermediul cărora copilul se exprimă. Gama de mijloace la care se apelează trebuie îndreptată spre solicitarea elementelor de coordonare, cu precădere asupra trenului superior, situație în care trenul inferior va fi menținut în stare de imobilitate.

Utilizarea acestei concepții de lucru asigură, în primul rînd, o mai mare stabilitate a trunchiului, o mai bună mobilizare și conlucrare a membrelor superioare, cît și o mai bună concentrare a atenției asupra acțiunilor în curs de desfășurare. Alternarea solicitărilor dintre trenul superior și cel inferior oferă condiții optime de decontracturare, determină o stare de relativă stăpînire de sine și de captare a interesului spre obiectivele în curs de efectuare.

Treptat, se introduc unele mijloace ajutătoare, care au rolul de a corela mișcărilor membrelor superioare, cu precădere ale mîinilor și degetelor, pentru a executa apucarea, susținerea, rotirea sau scuturarea obiectelor, ceea ce va determina creșterea interesului pentru a obține rezultate deosebite. Acest tip de exerciții este utilizat, cu precădere, în cazul în care dificultățile sînt cuprinse în sfera elementelor din cadrul motricității fine, unde mîna și degetele au un rol determinant.

### **Orientarea activității educative**

Educația psihomotrică constituie o componentă a instrucției de bază în școala elementară, ea condiționînd întregul proces de învățare preșcolar și școlar, întrucît acest proces nu poate fi eficient dacă „copilul nu dobîndește conștiința corpului său, nu cunoaște lateralitate sa, nu se poate situa în spațiu, nu este stăpîn pe timp, nu a cîștigat o suficientă stabilitate și coordonare a gesturilor și mișcărilor sale” (Le Boulch J. 1985, p. 1033)

Prin sistemul de mijloace utilizat în procesul de educare psihomotrică, educatorul acționează asupra corpului tot prin intermediul corpului, situație ce poate fi

apreciată ca intermediară între pedagogie, psihologie și educație fizică. Acționînd în grup, educatorul stăpînește o disciplină care-i permite să controleze, în fiecare moment, ideile, sentimentele și reprezentările pe care copilul le parcurge. Acest proces de educare psihomotrică pune în valoare capacitatea educatorului de a dirija în așa fel acțiunile, încît „cuvîntul” să fie exprimat prin mișcarile corpului.

J.J. Guillarme (1982, p. 148) arată că, adresîndu-se corpului, educatorul favorizează, desigur, implicit, o dimensiune progresivă, dar caută să-i dea corpului noi mijloace care trebuie să funcționeze și să se exprime corect.

De educator depinde ca, progresiv, copilul să fie confruntat cu situații mai mult sau mai puțin dificile, pe care trebuie să le învingă, să le rezolve cu succes, dar numai în condițiile în care se asigură o eșalonare metodică a acțiunilor încadrate în spațiu și timp și într-o manieră care să fie în strict acord cu posibilitățile de moment ale copilului.

Procesul de instruire și educație trebuie să fie încredințat unei persoane calificate care să știe cum să abordeze obiectivele educației, să cunoască preferințele copilului, care sînt posibilitățile lui de adaptare la metodele de lucru, cît trebuie să lucreze și pînă unde poate ajunge. Prezența educatorului îl ajută pe copil să devină ceea ce își dorește, să depășească pragul unor dificultăți, să-și contureze personalitatea.

În orice proces de instruire și educație se pornește de la bagajul acumulat pînă la acea dată, iar planul elaborat de educator va trebui să traseze clar: cît, cum, cînd este cel mai potrivit să acționeze pentru reușita procesului educativ propus. Planul trebuie să fie organizat, stratificat, orientat și alcătuit în funcție de vîrsta copilului, condițiile de lucru, experiența educatorului și de resursele de cooperare pe care le are copilul. În toate situațiile, dar mai ales în procesul de educație pe plan motric, educatorul este cel care oferă condițiile, dirijează demersurile, stimulează căutările și poate recurge la experimentări, atunci cînd există incertitudini asupra eficienței unor mijloace sau metode terapeutice la care s-a apelat.

Intrînd într-un grup organizat, copilul își va putea aprecia forțele proprii și în raport cu ale celorlalți colegi. Treptat, își va putea da seama că nu poate ține „pasul” cu ceilalți colegi, că este cel care execută totul cu mai mare dificultate. Dacă educatorul sesizează din timp aceste carențe ale copilului, are datoria să informeze familia, pentru a lua împreună măsurile care se impun pentru prevenirea și corectarea corespunzătoare ale acestor dificultăți.

Pornind de la aceste constatări, se impune ca la începutul anului școlar, după un interval de o lună sau două, în cadrul unei întruniri a cadrelor didactice, să se discute și acest aspect al dificultăților de adaptare ale unor copii. În cadrul acestei reuniuni, este de dorit să fie invitat și un specialist în probleme de reeducare psihomotrică.

Educatorii trebuie informați asupra principalelor aspecte legate de educarea psihomotrică a copiilor, dar și de tulburările și dificultățile pe care le pot prezenta unii copii. În acest context, specialistul trebuie să abordeze următoarele situații: dificultățile pe care le întâmpină copilul, atît pe planul reușitei școlare, cît și în afara ei; care trebuie să fie atitudinea educatorului, în condițiile în care întâlnește o asemenea comportare din partea unui copil: să fie foarte atent cu el; să evite apostrofările și



aprecierile negative legate de dificultățile pe care le manifestă; să evite a-l prezenta în fața clasei ca pe un exemplu negativ legat de activitatea școlară; să încerce să-l stimuleze, să-l ajute mai mult, să caute posibilitatea de a se apropia de el.

Ca o modalitate cu caracter general, se prezintă cea prin care educatorul trebuie să promoveze deliberat activitățile corporale, în care să fie angrenați și „copii-problemă”.

### **Orientarea activității reeducative**

Reeducarea psihomotrică este o activitate metodică ce urmărește să refacă acele etape ale dezvoltării copilului care lipsesc. Terapeutul, prin stilul său de acționare, prin modalitățile în care selecționează sistemul de mijloace, prin felul în care asigură ambianța în cadrul procesului de reeducare, prin modul în care reușește să-i ofere copilului posibilitatea de a evidenția care sînt dificultățile pe care le întâmpină și ce modalitate de acționare îi oferă pentru a normaliza sau ameliora comportamentul general, îl va conduce pe copil să dobîndească autonomie și să devină artizanul propriei reabilitări.

Este cunoscut că reeducarea psihomotrică se înscrie într-o strategie de ajutor. Ea își trage seva din motricitatea individuală, unde corpul este considerat ca fiind un instrument de lucru, care, din motive independente de el sau tocmai din cauza lui, a ajuns într-o situație dificilă, fiind în imposibilitatea de a se manifesta în toată plenitudinea posibilităților sale.

Adresîndu-se corpului, terapeutul urmărește să dea o dimensiune regresivă, fără a pierde din vedere să dea acestui corp și noi mijloace funcționale. De el depinde ca, progresiv, copilul să fie confruntat cu situații și dificultăți pe care trebuie să le învingă, să le rezolve cu succes, dar numai în condițiile în care se asigură o eșalonare metodică a acțiunilor încadrate în timp și spațiu și într-o manieră care să fie în strict acord cu posibilitățile copilului (J.J. Guilleme 1982, p. 156).

În relația cu copilul, terapeutul va fi în situația de a aștepta ca însuși copilul să evoce originea dificultăților sale. Acest fapt este posibil doar în cadrul lecțiilor, atunci cînd copilul se simte mai apropiat de terapeut și cînd simte nevoia să-și prezinte necazurile. În acest context, întrebările pe care terapeutul le pune trebuie să fie în așa fel formulate încît copilul să nu sesizeze că, treptat, se pătrunde în viața sa intimă, fiind astfel în situația de a relata unele elemente pe care le-a ținut pentru sine.

Reeducarea psihomotrică nu este o acțiune educativă, nu este un act de susținere pedagogică, nu este o metodă psihoterapeutică, această activitate se situează la granița dintre aceste discipline, detașîndu-se prin faptul că abordează atît „interiorul” cît și „exteriorul” corpului, dobîndind sens prin rezultatele pe care le obține.

Sistemul de acționare pe plan reeducativ se diferențiază de cel educativ întrucît terapeutul se află în fața unor acțiuni ratate, sînt evidențiate unele dificultăți, unele eșecuri de care trebuie să țină seama atunci cînd își pregătește planul de acționare. Diferența dintre metodele de acționare pe planul educației motrice și cele de pe planul reeducării psihomotrice constau, în principal, în modul în care terapeutul abordează acțiunea, raportul atitudinal dintre cei doi protagoniști, maniera în care sînt utilizate mijloacele și modul în care este angajat copilul pentru realizarea obiectivelor.

Terapeutul trebuie să observe în fiecare moment al activității modul în care evoluează copilul, cum se acomodează cu sistemul de mijloace, care este nivelul său participativ. Aceste observații sînt de natură să-l determine ca, pas cu pas, să adapteze proiectul reeducativ, în funcție de evoluția copilului. Orientarea terapeutului, privind adaptarea la situația reală, poate fi explicată prin existența unui cadru mai bine cunoscut, mai autentic, mai eficace. În acest sens, reeducarea psihomotrică poate fi orientată fie spre o direcție tehnologică, fie spre o activitate mai apropiată de psihoterapie.

Orientarea tehnologică este motivată de faptul că sistemul mijloacelor materiale utilizat în procesul de reeducare psihomotrică poate fi identic cu cel folosit în procesul de educare motrică. Ceea ce trebuie subliniat este că nu materialul determină conținutul procesului de reeducare, ci modul în care este utilizat pentru realizarea obiectivelor propuse. Materialul este un mijloc prin care se urmărește să fie pus copilul în situația de a coordona mai bine mișcărilor; să ridice valoarea acțiunilor utilizate; să perceapă faptul că mișcărilor sînt realizate în spațiu și timp; dezvoltarea priceperii de mînuire a obiectelor; combinarea complexă a acțiunilor motrice; angajarea complexă a simțului de echilibru; utilizarea acțiunilor motrice în condiții variate.

Aceste obiective sînt subordonate metodologiei de acționare, specificul sistemului de stimuli utilizați, capacității de adaptare și de reacție a copilului cît și progresivității solicitărilor. De fapt, orientarea tehnologică pune în valoare gîndirea metodică a terapeutului, experiența acumulată și modul în care concepe, organizează și conduce procesul de reeducare psihomotrică. Orientarea apropiată de psihoterapie pune în valoare, atitudinile și comportamentul general al terapeutului, ce trebuie să fie generator de anumite relații.

### **Organizarea activității reeducative**

Organizarea procesului de reeducare psihomotrică îl determină pe terapeut să-și îndrepte atenția asupra modalităților de bază prin intermediul cărora poate acționa, cu bune rezultate. În acest sens, preocuparea este îndreptată asupra principalelor structuri organizatorice care susțin procesul reeducativ: organizarea spațiului de lucru; structurarea timpului afectat activităților; asigurarea unui ambient agreabil; selecționarea sistemului de mijloace.

### **Organizarea spațiului pentru desfășurarea activității terapeutice**

Eficiența procesului de reeducare psihomotrică este condiționată de conținutul activității, de sistemul de organizare, de experiența acumulată de terapeut, dar și de condițiile, sub raportul spațiului și al materialelor, pe care le are la dispoziție în timpul desfășurării acestui proces.

Copilul cu tulburări și dificultăți psihomotrice a dobîndit unele noțiuni de spațiu, urmare a acumulărilor din timpul evoluției sale de la naștere pînă în momentul în care vine la cabinetul de reeducare psihomotrică. Spațiul în care a crescut și s-a dezvoltat are o semnificație deosebită pentru el, întrucît i-a oferit, permanent, condiții pentru formarea bagajului motric, pentru perceperea diverselor forme ale obiectelor, pentru înțelegerea valorii fiecărui obiect cu care a venit în contact. Spațiul i-a oferit posibilitatea de a se mișca și de a descoperi realitatea din jurul său, de a înțelege și de



a respecta unele interdicții, de a afla ce este durerea și frica, de a trăi bucuria unor reușite, care, treptat, devin obișnuințe de comportare în familie.

Sînt situații cînd această viziune asupra spațiului nu este pe deplin edificatoare. Spațiul poate deveni un mijloc de limitare a posibilităților de influențare asupra capacității de mișcare și de dobîndire a unui bagaj comportamental adecvat, cu consecințe dintre cele mai nefavorabile asupra evoluției copilului. De fapt, această abatere de la normal se constituie în una dintre principalele cauze care determină tulburări pe plan psihomotric sau unele dificultăți de adaptare la mediul școlar.

Din momentul în care, copilul va trebui să frecventeze școala, noțiunea sa despre școală va trebui să fie bine conturată, la fel ca și a spațiului familial, pentru a reuși, treptat, să le diferențieze, cu toate particularitățile lor.

În condițiile în care un copil este orientat spre reeducare psihomotrică, spațiul pe care îl va cunoaște trebuie să-i ofere și posibilitatea de a „descoperi”, pe lîngă elementele pe care le cunoaște, și pe acelea de care se poate apropia pentru a se simți în siguranță.

Dotarea unui cabinet de reeducare psihomotrică trebuie să cuprindă suma mijloacelor prin intermediul cărora terapeutul, în funcție de particularitățile individuale ale subiectului, să poată alcătui planul și programele de tratament, adecvate fiecărui caz în parte. Abordarea problematicei spațiului vizează două aspecte majore: spațiul, ca loc de desfășurare a procesului de reeducare; sistemul de mijloace cu care trebuie să fie dotat acel spațiu pentru a putea corespunde cerințelor unui cabinet de reeducare psihomotrică.

*Desfășurarea procesului de reeducare* impune ca spațiul afectat acestei activități să includă următoarele componente: sala de lucru să aibă o suprafață cuprinsă între 40-60 m<sup>2</sup>; suprafața sălii să fie acoperită cu parchet, bine lustruit, fără a fi lăcuită; să aibă grup sanitar, separat pentru băieți și fete, cu lavoare separate; un cabinet pentru terapeut, plasat pe latura mică a sălii și prevăzut cu fereastră mată, prin intermediul căreia să poată urmări reacțiile copilului atunci cînd este lăsat singur în sală; ferestrele sălii să asigure o luminozitate corespunzătoare și să fie securizate; sursele de lumină artificială să fie protejate, iar întrerupătorul să fie plasat în cabinetul terapeutului; magazia de materiale să fie plasată în celălalt capăt al sălii, avînd ușa de acces din sală, dar și ușa cu exteriorul pentru a oferi posibilitatea de ieșire, în caz de necesitate.

Dotarea sălii cu următoarul inventar: scări fixe; bănci de gimnastică; saltele de diferite mărimi; ladă de gimnastică; mingi medicinale de 1, 2, 3 kg; mingi elastice de mărimi și culori diferite; păpuși din plastic, de diferite mărimi, pentru a fi dezmembrate; păpuși din pînză, cu mai multe schimburi de haine; cărți de joc; seturi de cuburi de diferite mărimi și culori; măsuțe de diferite mărimi și scaune sau taburete care să fie adecvate mesuțelor; tacîmuri din plastic – lingură, furculițe, cuțite, ligurițe; căni din plastic; perii de haine și de ghetе; recipiente din plastic cu dop înfiletat, de ½, 1, 2 litri; popice din plastic de diferite mărimi și culori; bile din plastic de diferite mărimi și culori; săculeți cu nisip de 10/10, 20/20, 30/30 cm. Săculeții de 30/30 să aibă pe mijloc o cusătură în cruce; un sistem de trepte (3 la urcare, un planșeu de 50 cm, 3 la coborîre), lățimea să fie de 50-60 de cm; o bandă din lemn de 2 m lungime și 10 cm lățime care să fie susținută, la capete, de două bare transversale de cîte 60 cm

lungime și 10 cm lățime pentru a asigura stabilitatea barei principale, utilizată pentru mers în echilibru; cordon de siguranță; scripet suspendabil la înălțimea de 2 m; un panou reglabil, de la înălțimea de un metru pînă la 2 m. Panoul să fie de 1/1 m; pentru a forma deprinderea de a expira corect se utilizează un sistem cît se poate de simplu: sticle de plastic, umplute pe jumătate cu apă, un tub din plastic cu  $\varnothing$  de 2-3 cm, prin care copilul suflă pentru a vedea cum se mișcă apa în sticlă; bastoane de diferite lungimi; cercuri colorate.

Scoala franceză recomandă așa numitele „ploturi” (cuburi) din lemn de dimensiunile 10/10, 20/20, 30/30.

Solicitarea de a avea unele materiale de mărimi diferite este motivată și de faptul că la procesul de reeducare psihomotrică vor veni subiecți de vîrste diferite, ceea ce impune ca baza materială să fie adaptată particularităților individuale ale celor ce apelează la acest serviciu.

### Structurarea timpului destinat activității

Capacitatea de orientare în spațiu a copilului se formează progresiv, în paralel cu creșterea și dezvoltarea sa. Fiecare individ dispune, în linii generale, de timpul său, în funcție de nivelul de pregătire, de aspirațiile sale, de cerințele mediului social în care trăiește, dar și de starea sa de sănătate și de buna dispoziție. Aceste aspecte ale timpului aparțin fiecărui individ în parte și sînt atribuite *timpului efectiv trăit*, supus unei conduite și comportament propriu fiecărui copil.

În prima parte a vieții, cînd timpul este organizat și condus de părinți, copilul își formează, treptat, o imagine proprie despre ce este și cum se desfășoară existența sa, în timpul pe care îl trăiește. Pe măsură ce crește și se dezvoltă, copilul dobîndește noțiunea unui timp propriu, pe care el poate să-l folosească cum vrea, în funcție de dorința sa. De asemenea, mai devreme sau mai tîrziu, el va înțelege că timpul se diferențiază în raport de activitatea pe care o desfășoară pe plan profesional, dar și de cea de timp liber și de timp pentru odihnă.

Realitatea pe care o trăiește însă determină ca această structură să nu fie echilibrată, sub raportul treimii rezervate fiecărei componente, datorită unor modificări, determinate de o serie de factori, dintre care cei mai importanți sînt: structura activității profesionale; capacitatea de adaptare la cerințele profesionale și sociale; nivelul de pregătire pe plan psihic și fizic; starea sa de sănătate.

În anumite condiții, copilul poate fi pus în situația de a renunța parțial sau total la una din componente în favoarea alteia pentru a face față celorlalte cerințe profesionale sau sociale.

În cadrul procesului de reeducare psihomotrică, sistemul de relații dintre terapeut și subiect este de natură să pună în valoare un „pact” de colaborare, în sensul că fiecare dintre cei doi parteneri vine cu timpul său, urmînd să realizeze împreună acordul aspra modului în care vor utiliza timpul cît sînt împreună, pentru a îndeplini obiectivele terapeutice stabilite.

Specialistul în psihomotricitate, în activitatea sa, parcurge *timpul* pe care îl reclamă particularitățile activității proprii, dar și cel al timpilor ce decurg din timpii pe care prestațiile copilului îi reclamă. De regulă, copilul se prezintă în fața terapeutului atunci cînd a fost pus în fața unui eșec evident sau a fost în situația de a nu putea găsi



singur ieșirea din această circumstanță. Acest moment este deosebit de important pentru familie, deoarece copilul se află încă sub influența educativă a familiei sau, eventual, a școlii, care fie că nu au cunoscut, fie că au neglijat întreaga paletă de dificultăți pe care copilul le-a întâlnit și pe care nu a știut sau nu a putut să le înlăture. De această manieră, *timpul optim* de educare psihomotrică, fără a fi cu totul tardiv, se va înscrie cu beneficii terapeutice mai mici.

Șansele copilului de a se înscrie cu beneficii terapeutice cât mai notabile vor fi cu atât mai mari, cu cât restantul motric al copilului nu a compromis resursele de recuperare.

Terapeutul, prin conduita sa, prin atitudinea sa plină de înțelegere, prin tactul său, urmărește să se apropie de copil pentru a ajunge la cauzele care au generat starea lui prezentă. El urmărește astfel să pătrundă în esența trăirilor copilului, pentru a reuși să-l transforme, să-l conducă pe o cale care să aibă coerență și stabilitate.

Reușita depinde, printre altele, de modul în care este organizat *timpul efectiv* de activitate, de modul în care reușește să-l detașeze de realitatea pe care o trăiește, să-i asigure o stare de decontractare, pentru a-l orienta, treptat, spre starea de bine, spre mulțumirea de sine.

Ca punct de pornire pentru stabilirea obiectivelor terapeutice propuse, se impune inducerea unei stări de relaxare, de decontractare a copilului, care se poate sistematiza pe trei trepte: obținerea unei relaxări musculare, considerată ca fiind suficientă pentru atenuarea unei simptomatologii fruste; achiziția controlului tonic muscular, care asigură copilului o stabilitate și un control mai bun al mișcărilor; controlul tonic emoțional, care asigură copilului condiții optime pentru ca întreaga activitate să treacă, progresiv, sub control volițional.

Motricitatea controlată, pentru a se înscrie în parametrii optimi, trebuie să elimine startul unei acțiuni motrice dintr-o poziție rigidă, dominată de stări de hipertonie musculară. Este necesară următoarea progresie: educarea copilului pentru a fi capabil să se oprească brusc la un semnal, pe o durată care va crește treptat; căutarea și acceptarea liniștii, care trebuie să fie percepută progresiv și aprofundată; să-și impună starea de repaus și de liniște, urmărindu-se, astfel, detensionarea copilului.

Între modalitățile de obținere a refacerii motricității controlate, cu rezultate dintre cele mai bune, este tehnica mobilizărilor pasive, asociate cu ușoare „scuturări” ale segmentelor. Această metodă poate fi utilizată și în cazul copiilor care nu au control asupra propriului corp. Mobilizările sînt executate la început lent, pentru ca treptat să fie efectuate din ce în ce mai rapid.

### **Asigurarea unei ambianțe agreabile**

Pentru realizarea acestui deziderat, terapeutul acționează în direcția ameliorării comportamentului psihomotric al copilului, utilizînd mijloace specifice acestui proces de reeducare.

Cunoșcînd care este gradul sau nivelul de neadaptare, terapeutul orientează activitatea copilului de o manieră diferită, pornind de la particularitățile individuale.

În procesul de reeducare psihomotrică, copilul este cel care își alege sistemul de mijloace cu care acționează, el este cel care propune și tot el este cel care execută.

El este cel care desemnează, el povestește atît prin viu grai cît și prin intermediul activităților corporale.

Atmosfera în care își etalează: nemulțumirile, neînțelegerile, dificultățile este liniștită, caldă, plină de înțelegere, din partea terapeutului, care este gata, în orice moment, să-l ajute, să-l îndrume, să-l încurajeze pentru a depăși aceste momente mai dificile.

Terapeutul are rolul de a direcționa, discret, acțiunile pe care copilul le propune, intervenind cu unele sugestii care să ridice valoarea practică și educativă a acestor acțiuni.

Treptat, copilul va dobîndi un bagaj de deprinderi și de obișnuințe care vor contribui la dezvoltarea încrederii și a controlului de sine, ceea ce îl va conduce spre manifestarea unui comportament adecvat, atît în activitatea școlară, cît și în cea familială. În acest context, o ambianță plăcută, un cadru material bine aranjat, o metodologie adaptată particularităților individuale sînt elementele care contribuie la reușita procesului de reeducare psihomotrică.

Confirmarea unei activități de reeducare psihomotrică corect concepută, organizată și condusă este concretizată prin: ameliorarea comportamentului general caracterizat printr-o atenție și capacitate perceptivă superioare, calități absolut necesare formării obișnuințelor motrice și neuromotrice corecte. Aceste elemente îi vor permite copilului să se integreze în activitățile școlare în bune condiții

### Utilizarea sistemului de mijloace

Procesul de reeducare psihomotrică se clădește pe un sistem de mijloace care trebuie să fie adaptat particularităților comportamentale ale copilului. Se pornește de la constatarea că situațiile de inadaptare au la bază tulburări de ordin motor sau perceptiv-motorii. Indiferent de natura tulburării, cît și a cauzelor care le-au determinat, formele de manifestare sînt în general aceleași (Pick Vayer, 1968, p. 215).

Principalul mijloc prin care terapeutul acționează în cadrul procesului de reeducare psihomotrică este exercițiul fizic. Utilizarea acestui mijloc impune luarea în considerare atît a influenței pe care o exercită asupra organismului, cît și a modului în care trebuie să fie ordonat, clasat și armonizat, în funcție de scopul urmărit.

Sistemul de mijloace utilizat în procesul de reeducare psihomotrică trebuie să exercite influențe pozitive asupra copilului. Exercițiile vor fi selecționate cu multă atenție, avînd în vedere că influența pe care o exercită fiecare exercițiu este în funcție de efectul său dominant, care poate fi de: conștientizare, flexibilitate sau dezvoltare musculară. Selecția exercițiilor, efectuată de către terapeut, va trebui să fie orientată, în principal, spre ameliorarea supleței articulare, condiție esențială pentru obținerea unor valori superioare pentru lungimea segmentului de contracție, la rîndul său, direct implicată în dezvoltarea masei și forței musculare.

Exercițiile care vizează conștientizarea mișcării au rolul de a-l orienta pe copil asupra poziționării corecte a segmentelor și a corpului în raport cu obiectivele urmărite. Exercițiile care vizează suplețea au drept obiectiv să-i asigure mobilitatea funcțională a articulațiilor, absolut necesară pentru efectuarea unor mișcări care să poată fi executate cu maximum de amplitudine. Exercițiile care vizează dezvoltarea masei musculare trebuie să asigure copilului posibilitatea de a efectua voluntar, static



sau dinamic, concentric sau excentric, întreaga gamă de mișcări, pe axe și planuri funcționale, în concordanță cu scopul urmărit.

În stabilirea sistemului de influențe, în condițiile structurării conținutului unei lecții și ale ordonării sistemului de exerciții, terapeutul trebuie să aibă în vedere și aspectul relației dintre cauză și efect, al fiecăreia din cele trei categorii de exerciții (Plas și Hargon, 2001 p. 139).

În raport cu scopul urmărit, este necesar ca terapeutul să-și orienteze atenția asupra particularităților gestului motric, care se referă la corectitudinea poziției fundamentale, la plasarea corectă a segmentelor și a corpului în spațiu, la respectarea structurii gestului, armonizarea și siguranța mișcărilor.

Vor trebui avute în vedere circumstanțele care ar putea provoca o stare de neliniște, de agitație, legate de maniera de comportament a subiectului, atât în acțiunile pe care le execută, cu interes sau fără, modul în care copilul reacționează la succes (prin mulțumire și bucuria reușitei), cât și în cazul unui eșec (prin indiferență și fără preocuparea de a analiza cauzele care au generat nereușita).

Prezintă importanță și reacțiile de bucurie ale copilului pe care le determină situațiile în care reușitele sale se manifestă pe planul trăirii, analizei și observației unui comportament motric deosebit. Nu trebuie omise nici condițiile care pot facilita sau se pot opune preocupării subiectului de a obține rezultate favorabile, știut fiind că insuccesul poate determina renunțarea la acțiune, atunci când procesul de pregătire nu este dublat de o metodologie de lucru adecvată. Nu sînt rare situațiile când insuccesul este de natură să creeze condițiile optime ce vor asigura mobilizarea subiectului pe toate planurile, pentru a elimina cauzele care au generat aceste stări de regresie și a modifica factorii ambientali care au determinat neîmplinirile, a efectua o analiză a modului în care poate acționa pentru a evita insuccesul.

Copilului, pentru a înțelege mai bine ce reprezintă mișcarea, trebuie să-i fie asigurate toate condițiile, pentru ca el să poată efectua practic aceste acțiuni, ceea ce îi va oferi posibilitatea de a răspunde efectiv la întrebările pe care și le-a pus: pentru ce este nevoie să execut aceste mișcări? Cum să mișc în același timp și brațele și picioarele? Ce trebuie să fac ca să pot executa aceste mișcări așa cum mi se cere? De ce unele mișcări le pot executa, iar altele nu?

### **Metodologia formării gesturilor**

Terapeutul își orientează atenția asupra acelor segmente ale corpului, care sînt solicitate în asigurarea echilibrului și a deplasării. În acest sens, exercițiile vor fi orientate spre mobilizarea lor în toate axele și planurile de mișcare, dar și în variante ale acestora, cu scopul de a lărgi aria lor de mișcare de la aceste niveluri.

Acest sistem de acționare îl va conduce pe copil la înțelegerea pe care trebuie să o acorde fiecărei articulații și mai ales rolului pe care articulațiile îl au în executarea unei mișcări. Terapeutul urmărește să mobilizeze succesiv articulațiile de la nivelul membrelor inferioare și superioare, apoi a bazinului, a coloanei vertebrale, a gâtului și capului. Atenția acordată bazinului este motivată de faptul că poziția corectă a acestei articulații permite menținerea poziției ortostatice, în timp ce centura scapulară are rolul deosebit de a asigura condițiile pentru mișcările brațelor. Se urmărește ca centura scapulară să aibă asigurată independența de mișcare față de coloana vertebrală, oferind

posibilitatea de a mișca liber brațele în toate axele și planurile fiziologice, cu amplitudine și eficiență maximă.

### **Bazele generale ale organizării și orientării exercițiului**

Exercițiul este modalitatea practică prin intermediul căreia corpul se poate exprima, atât pe planul dezvoltării și al trăirilor, cât și pe cel al corectării unor tulburări ale formei sale. Exercițiul este un mijloc prin care se urmărește asigurarea unui nivel corespunzător pe plan motric și psihomotric. În acest sens, acțiunile vor putea fi eficiente dacă se acordă atenție următoarelor repere: orice repetare a unui exercițiu trebuie să fie intercalată cu pauze; cel mai important în perceperea mișcărilor este modul în care copilul reușește să-și mobilizeze segmentele, utilizând minimul de contracție, și nu contracțiile voluntare intense; mișcărilor să fie precis localizate, urmărind asigurarea unei stări de relaxare la nivelul celorlalte părți ale corpului, care să permită controlul acțiunilor și corectarea eventualelor abateri de la structura corectă a mișcărilor; mișcărilor executate corect cu o anumită parte a corpului să fie orientate și spre celelalte părți ale corpului, cu scopul de a dobândi și o localizare neuro-motrică, nu numai perceptiv-motrică; exercițiile să fie însușite în condiții diferite, pentru a se putea adapta la o mare varietate de situații; exercițiile să fie repetate, pornind de la pozițiile standard ca, mai apoi, segmentele să fie plasate în poziții din ce în ce mai diverse; exercițiile însușite vor fi executate într-un ritm din ce în ce mai alert pentru a atinge nivelul de automatizare și de control central al sistemului de mișcări

### *Modalități de aplicare*

Aceste recomandări au rolul de a stabili cadrul general de care trebuie să se țină seama atunci când atenția este orientată spre sistemul de influențare favorabilă prin intermediul exercițiului fizic. De pe aceste baze, terapeutul își îndreaptă atenția asupra sistemului de mijloace prin intermediul cărora realizează scopul de bază al procesului de educare sau reeducare psihomotrică.

Utilizarea exercițiilor, în cadrul procesului de reeducare pe plan psihomotric, obligă terapeutul ca, pe lângă efectele morfo-funcționale, sistemul de mijloace să fie orientat și spre o influențare pe plan psiho-pedagogic.

În această direcție, sistemul de acționare trebuie clădit pe următoarele elemente orientative: sistemul de mijloace trebuie să fie grupat în jurul problemelor speciale pe care le impun formele de inadaptare ale copilului; în aceste condiții, să fie eliminați factorii care produc o stare de neliniște, pentru a evita starea de agitație și a asigura încrederea copilului în acțiunile pe care terapeutul le organizează. Sub raportul ambianței și al sistemului de înțelegere, copilul trebuie să considere cabinetul ca pe un mediu familial. Se urmărește ca, în legătură cu educarea atenției copilului, să se pornească de la formele cele mai simple, ca, treptat, să se ajungă la cele mai înalte. Pentru a obține efecte educative scontate, trebuie ca exercițiul să fie înțeles, solicitant și util pentru scopurile pentru care este utilizat, iar atenția să-i fie orientată și spre dezvoltarea senzațiilor, fapt ce impune ca acesta să aibă un caracter concret și precis direcționat. Un exercițiu este util atunci când, pe plan educațional, oferă condiții de transfer al achizițiilor dobândite anterior, iar principala orientare a fiecărui exercițiu să fie legată de realizarea obiectivului propus, de deplina lui reușită indiferent de



condițiile de utilizare. Capacitatea de efort se dezvoltă dacă se pornește de la cele mai simple forme de mișcare spre cele mai complexe condiție în care exercițiile utilizate trebuie să contribuie la refacerea etapelor care se constată că sînt deficitare sau chiar lipsesc din bagajul psihomotric al copilului. Acest aspect trebuie să fie încheiat cu afirmația: „Educația începe cînd există judecată (gîndire)”.

### *Modalități de selecționare și de utilizare a exercițiilor*

Terapeutul, în funcție de nivelul de pregătire al minorului, de capacitatea de înțelegere și reținere a acțiunilor, de obiectivele urmărite și de condițiile de lucru, atunci cînd selecționează exercițiile pentru realizarea temei propuse, trebuie să ia în considerație următoarele reguli: creșterea gradată a nivelului de dificultate a acțiunilor. Exercițiile care au un grad mai ridicat de dificultate vor fi intercalate cu cele cunoscute și care sînt executate cu ușurință, chiar cu plăcere. Progresia trebuie să fie lentă și minuțios eșalonată. Pentru a evita eșecul, gradul de dificultate al exercițiilor trebuie să fie în acord cu nivelul de pregătire al copilului. În acest sens, se acordă atenție dezvoltării capacității de combinare și cuplare a mișcărilor, concretizată prin coordonarea dintre brațe, picioare și trunchi; modificarea poziției corpului în spațiu în raport cu unele puncte fixe, ceea ce contribuie la dezvoltarea capacității de orientare spațio-temporală. În sfera mijloacelor vor fi incluse și elementele care solicită menținerea corpului în echilibru, dar și asigurarea condițiilor de refacere a stabilității corpului, în timpul, dar și după efectuarea unor acțiuni. Treptat, se includ în sistemul de mijloace și elementele care pun în evidență capacitatea de adaptare la un ritm extern (muzică), ceea ce ușurează învățarea mișcărilor. Cultivarea metodică a capacității de mișcare trebuie să-l ducă pe copil la atingerea parametrilor de diferențiere chinestezică. Atingerea acestui parametru îi oferă copilului posibilitatea de a diferenția execuția mișcărilor prin modificarea gradată a ritmului de execuție și a condițiilor de desfășurare. Activitatea organizată în grup asigură condiții optime de influențare pozitivă, întrucît oferă posibilitatea de a imita acțiunile partenerilor, trezește dorința de afirmare, dă satisfacție atunci cînd execuția se ridică la nivelul cerințelor.

Copilul cu tulburări sau dificultăți pe plan psihomotric prezintă particularități specifice sub raportul proceselor de cunoaștere, în domeniul motricității și al afectivității.

Pentru a acționa corect în direcția reeducării pe planul structurilor și conduitei perceptiv-motrice, este necesar să abordăm principalele abateri de la normal pe planul motricității.

Este cunoscut că deficientul mintal are un nivel scăzut al motricității, ceea ce constituie o problemă căreia terapeutul trebuie să-i acorde atenția cuvenită, orientînd procesul de reeducare în direcția creșterii gradului de adaptabilitate la sistemul general de cerințe.

O privire de ansamblu asupra tulburărilor de motricitate ne relevă că, sub raportul vitezei de execuție a mișcărilor cît și al vitezei de reacție, nivelul este mai scăzut la cei cu leziuni cerebrale decît la cei cu debilitate de tip familial.

În situația în care are de executat mișcări care solicită o anumită precizie, atît în acțiunile cu amplitudine cît și în cele de finețe, copilul întîmpină dificultăți în realizarea lor întrucît sînt parazitare de sincinezii. Chiar și în condițiile în care trebuie

să imite unele mișcări, apar dificultăți în efectuarea lor, ceea ce determină ca unele deprinderi motrice să fie însușite cu unele neajunsuri.

Pornind de la insuficiența senzațiilor kinestezice, reglarea forței musculare întâmpină unele dificultăți și asta din cauza incapacității de contracție a grupelor musculare agoniste și a relaxării celor antagoniste.

Trecerea de la un nivel de mișcare la altul se face cu dificultate întrucât nu este capabil să-și asigure relaxarea voluntară.

Gama dificultăților are ca substrat o slabă concentrare a atenției asupra modalităților de efectuare a acțiunilor. Acești copii se abat de la scopul fixat dacă întâmpină dificultăți, trecînd ușor la executarea altei activități mai facile.

Sînt situații cînd indicațiile verbale ale terapeutului contribuie în mai mică măsură la organizarea și corectarea comportamentului motor în raport cu valoarea acestora la copilul normal dezvoltat.

După P. Holman (citat de Arcanu și Ciumăgeanu, 1980, p. 185), dacă se asigură condiții de antrenament, motricitatea poate fi ameliorată în mod simțitor, apropiindu-se mult de nivelul normalității, mai ales în coordonarea oculo-manuală și în direcția abilităților manuale.

Efectul succesului sau insuccesului asupra activităților ulterioare depinde nu numai de nivelul intelectual, ci și de unele particularități ale copilului. Unii autori relevă existența a două categorii de debili mintali: unii care luptă pentru succes, alții care încearcă să evite insuccesul.

Stabilirea cadrului general în care se desfășoară procesul de reeducare psihomotrică permite analiza componentelor de bază, prin intermediul cărora se poate acționa în direcția corectării principalelor forme de inadaptare a copilului la cerințele școlare și sociale.

Terapeutul orientează procesul de reeducare psihomotrică, în primul rînd, asupra îmbunătățirii percepției și controlului de către copil a propriului corp.



## PERIODIZAREA ACTIVITĂȚII DE REEDUCARE PSIHOMOTRICĂ

În fața terapeutului se prezintă un copil cu dificultăți pe care le-a trăit și le mai trăiește. El încearcă să se apere de aceste neajunsuri, pe care le conștientizează, dar încercările lui au fost sortite eșecului. Copilul trece fie printr-o stare de „renunțare pasivă”, manifestată prin „repliere tristă în inhibiție”, fie întră într-o stare de „renunțare activă” sub forma „opoziției față de lucru”, manifestată printr-o stare de agitație, de indisciplină.

Indiferent de direcția în care își orientează opțiunile, el are tendința de a „proiecta în ceilalți” (toți cei cu care vine în contact) dificultățile sale.

Prezentându-se în fața terapeutului, copilul are posibilitatea – dacă vrea – de a-și reconstrui copilăria, de a se detașa de toate dificultățile pe care le întâmpină în școală și în societate.

Practic, pentru a intra în relație cu un copil, terapeutul folosește o serie de mecanisme de colaborare, orientare și susținere, de a căror reușită depinde rezultatul procesului de reeducare psihomotrică.

O altă componentă căreia terapeutul trebuie să-i acorde o deosebită atenție este stabilirea cronologiei de desfășurare a procesului de reeducare psihomotrică.

După J.J. Giullarme (1982, p. 161), trei sînt intervalele de evoluție ale unei reeducări psihomotrice: repetarea directă a „problematicii” personale; simbolizarea și interpretarea conflictelor; controlul și integrarea individuală a dificultăților.

Această viziune asupra evoluției procesului de reeducare psihomotrică oferă cadrul general pentru studierea particularităților fiecărei perioade de lucru, dar mai ales a etapelor care compun aceste perioade. Fiecare etapă a unei perioade, prezintă particularitățile care o diferențiază de celelalte prin: obiectivele stabilite, sistemul de mijloace utilizat, efectele pe care le determină și metodele pe care terapeutul le utilizează.

Practica a condus la stabilirea a trei perioade de lucru: perioada introductivă; perioada fundamentală; perioada finală. Conținutul acestor perioade este în funcție de: nivelul tulburării, capacitatea copilului de a se încadra în sistemul de lucru, dar și de experiența și potențialul conceptual al terapeutului.

### Perioada introductivă

Debutul reeducării psihomotrice constituie cea mai sensibilă, delicată, dar și încordată stare, întrucît sînt puși față în față cei doi protagoniști; „sînt prea departe unul de altul pentru a se apropia și totuși sînt prea aproape pentru a se despărți”.

Această stare de tatonare, de confuzie, de cîntărire a șanselor oferă posibilitatea terapeutului de a pune în „operă” întreaga sa măiestrie, tactul său pedagogic, capacitatea sa de „a asculta cerințele care i se adresează”.

Această perioadă, sub raport didactic, este organizată în trei etape: etapa primei înfățișări; etapa testării capacității psihomotrice; etapa stabilirii proiectului acțiunilor reeducative.

Discuțiile cu părinții sau cu persoanele care însoțesc copilul, vizează, de obicei, următoarea problemă: ce anume în comportamentul copilului a decis solicitarea controlului de specialitate; dacă aceste abateri de la comportamentul psihomotoric normal sînt de dată recentă sau mai vechi și care a fost evoluția lor; dacă în familie sau în colectivitatea sa preșcolară s-a remarcat ca un copil-problemă și dacă mai are frați sau surori în această situație; este important de știut și dacă nașterea a decurs normal sau nu, cunoscut fiind că travaliul prelungit înscris și o hipoxie cerebrală, ce este în măsură să confirme etiologia hipoxică a tulburărilor sale comportamentale.

Sînt relevante și condițiile în care s-a dezvoltat copilul, sub raport social și material; acest cadru anamnestic nu poate fi finalizat fără a consemna bolile miciei copilării, care au fost și cum le-a parcurs; în completarea antecedentelor personale, investigarea celor heredo-colaterale poate aduce informații dacă în familia copilului sau a rudelor sale au mai fost întîlnite cazuri asemănătoare, în special din categoria celor cu caracter familial sau ereditar.

Un alt aspect important se referă la comportamentul copilului la școală, în timpul orelor de clasă, sub raportul atenției și al participării sale active la lecție; capacitatea de înțelegere a temelor dezbătute în timpul lecției; dacă e liniștit sau turbulent pe parcursul orelor de clasă; dacă este apreciat sau nu de către colegii săi de clasă; nivelul memoriei, eventual coeficientul de inteligență (QI); cum se încadrează în sistemul de cerințe înscrise în baremurile pe grupe de vîrstă, promovate în activitatea de educație fizică.

Traseul copilului cu tulburări psihomotrice este următorul: după consultul medical și psihologic, dacă se confirmă necesitatea unui program corespunzător, copilul este orientat – din acest moment – către specialistul în reeducare psihomotrică. Trebuie făcută precizarea că acest program, al cărei artizan este indiscutabil psihomotricianul, nu poate fi conceput decît într-o echipă, din care nu trebuie să lipsească psihologul, asistenta socială și, bineînțeles, familia.

În familiile cu mai mulți copii, un rol important îl joacă fratele sau sora cea mai mare, care pot asigura, în lipsa părinților, armonie și înțelegere între ei.

Activitatea școlară este crucială, în eforturile de recuperare psihomotrică a acestor copii, considerînd că disciplinarea pe plan psihic este nemijlocit legată de disciplinarea pe plan motor.

Urmare a constatărilor cadrelor medicale și ale psihologului, părinții sînt îndrumați să prezinte copilul unui specialist în reeducare psihomotrică.

### • Etapa primei înfățișări

De acord cu părinții, se stabilește ziua și ora cînd vor fi prezenți la cabinet pentru a-l prezenta pe copil. Discuția cu părinții, atunci cînd vin la terapeut pentru a stabili termenii reeducării, este axată pe unele probleme esențiale.



De regulă, vine mama, care este mai afectată de disfuncțiile pe care le are copilul. Cu această ocazie, specialistul încearcă să pătrundă în realitatea pe care o trăiește copilul. Din discuții, se urmărește a evidenția: dacă mama este dispusă să relateze toate aspectele legate de evoluția copilului; dacă prezintă aspectele fiind degajată sau se constată o oarecare stînjeneală; dacă pare tristă, oarecum rigidă sau este chiar deprimată; care sînt aspectele care o nemulțumesc în manifestările copilului; cum vede evoluția copilului în viitor; după părerea sa, care sînt factorii care au condus la această stare de fapt.

Se recomandă părinților să nu creeze o stare de tensiune, să nu-l sperie, să nu-l amenințe cu tot felul de fantasmagorii.

Intrînd în sală, copilul și părinții se adresează specialistului cu formula: „Sîntem îndrumați de către: medic, psiholog sau diriginte, pentru că acest copil are nevoie să fie ajutat”.

Urmează o discuție cu părinții în prezența copilului. Cu această ocazie, se pune în evidență: ce-i preocupă pe părinți în legătură cu copilul lor; de cînd sînt mai evidente aceste dificultăți; care sînt rezultatele la învățătură; cum se comportă în familie, dacă are frați sau surori, care sînt relațiile dintre ei.

Aceste discuții au un caracter general, ele nu trebuie să vizeze tulburarea evidentă pe care o prezintă copilul, ci mai mult aspectele relaționale și posibilitățile de comunicare dintre membrii familiei. După plecarea părinților, terapeutul abordează problematica reeducării printr-o discuție liberă axată, în principal, pe aspecte cu caracter general, numele, prenumele, locul și data nașterii, elev în clasa ... la școala ...

Se trece la aflarea realității în care trăiește copilul prin întrebări legate de: relația sa cu părinții sau bunicii; cu frații și surorile sale; ce rude apropiate are și care sînt relațiile cu ele; ce fel de prieteni are; dacă sînt băieți sau fete; dacă sînt vecini sau colegi de școală; ce probleme are în familie cu mama sau cu tata.

Copiii pe care îi întîlnim trebuie conduși cu multă răbdare, cu mult tact, cu multă competență. De la ei veți afla, treptat, care sînt problemele cu care se confruntă, uneori și cauzele care au condus la această stare de fapt, pentru ca specialistul să conceapă și să aplice cele mai potrivite modalități de înlăturare a acestor tulburări psihomotrice.

După această discuție introductivă, terapeutul îi cere copilului să se plimbe prin cabinet pentru a vedea cu ce obiecte și aparate vor acționa în cadrul procesului de reeducare. În acest timp, terapeutul se retrage fie în birou, fie în cabinetul său special rezervat care dispune de un geam prin care poate observa toate reacțiile copilului, atunci cînd nu este sub controlul specialistului.

Terapeutul va urmări reacțiile copilului față de ambianța oferită de cabinet. În acest sens, atenția trebuie să fie orientată spre modul în care încearcă să se apropie de obiecte: le pipăie, încearcă să le cunoască, le manevrează, le așază ordonat sau le aruncă; sau este indiferent față de ce vede; manifestă teamă atunci cînd este lăsat singur, fiind gata să plîngă; privește fără a se apropia de obiecte sau se retrage într-un colț și așteaptă să fie întrebat; se urmărește modul în care apreciază timpul (în cabinet se află un ceas mare de perete), dacă, stînd retras, privește ceasul pentru a aprecia scurgerea timpului; se observă dacă dă semne de neliniște, de nerăbdare, ce gesturi

## PSIHOMOTRICITATEA

execută cu mâinile, ce face cu picioarele; se observă dacă este agitat sau liniștit ori total indiferent, fără a manifesta nici un fel de interes față de ambianța în care se află.

Urmărind modul de comportare al copilului, terapeutul trebuie să aibă în vedere și unele particularități, determinate de nivelul tulburărilor pe care le prezintă: potențial scăzut pe plan fizic și psihic; potențial redus de menținere a atenției; distragerea cu ușurință a atenției de către unii factori externi; un nivel ridicat al tulburărilor de comportament; dificultate de a intra în relații cu persoane străine.

### • *Etapă a II-a – Testarea*

Potențialul psihomotric al unui copil poate fi pus în evidență prin intermediul unor probe specifice care au fost etalonate și verificate în practică. Aplicarea acestor probe este legată de respectarea unor reguli care, neglijate, scad din valoare, ajungându-se pînă la nulitatea lor.

Bilanțul psihomotor trebuie să cuprindă acele probe care pot furniza date despre profilul real al copilului. În acest sens, testele utilizate trebuie să pună în evidență: abilitatea manuală; abilitatea copilului de a angrena corpul în acțiuni cu schimbări de poziții și direcții; controlul echilibrului static și dinamic; acțiuni prin intermediul cărora copilul să-și evidențieze că a intrat în posesia corpului (înțelegerea schemei corporale); reprezentarea grafică a spațiului; reprezentarea și înțelegerea structurilor ritmice și temporale; lateralitatea. Se urmărește modul în care copilul reușește să angreneze în acțiuni membrele superioare și cele inferioare, armonia și coordonarea mișcărilor dintre corp, trenul superior și cel inferior.

Trecerea probelor este însoțită de unele observații privind motricitatea generală, și anume: merge corect, dacă nu, ce tulburări apar; aleargă, caracterul alergării: legănat, prin salturi, pasul mic, calcă pe toată talpa etc.; poate urca și coborî scările; trece peste și pe sub obstacole; acuză dureri în timpul sau după trecerea probelor practice; ce manifestări apar sub raportul: schemei corporale, lateralității, organizării și orientării spațio-temporale; nivelul grafismului.

Testele psihomotrice, ca și testele psihologice, nu dau decît date brute obiective, care rămîn să fie interpretate cu multă subiectivitate. Examenul psihomotor nu are semnificație decît integrat în ansamblul investigațiilor ce pot contribui la înțelegerea copilului, a personalității sale, a problemelor sale și a modului în care este investit.

Aplicarea bateriei de teste se sprijină pe cunoașterea vieții copilului, cunoașterea comportamentului său familial și școlar; pe teste de nivel mental, teste proiective, dar și pe un eventual examen neurologic.

Pentru a pune în evidență posibilitățile psihomotrice ale copilului, pot fi utilizate următoarele teste: Ozeretski-Guillmain pentru: coordonarea oculo-manuală; coordonarea dinamică și controlul postural (echilibrarea statică); Piaget-Head: organizare latero-spațială; Auzias: stabilirea lateralității; Mira-Stamback: structurare spațio-temporală;

### • *Etapă a III-a – Proiectul reeducativ*

Urmărind modul în care copilul se înscrie în sistemul de cerințe pe plan comportamental, terapeutul are posibilitatea de a descoperi dificultățile asupra cărora trebuie să-și orienteze atenția, cît și modalitățile practice prin intermediul cărora va



putea acționa pentru a reuși să-și îndeplinească obiectivele propuse. Stabilind direcțiile principale de abordare a modalităților de acționare, terapeutul se orientează asupra sistemului de mijloace prin intermediul căruia consideră că poate obține ameliorarea treptată a comportamentului copilului.

După Pick și Vayer (1968, p. 225), atenția terapeutului trebuie să fie îndreptată, în principal, asupra acelor obiective care să-l determine pe copil să dobândească: conștiința propriului corp; stăpânirea echilibrului; controlul eficient al diverselor coordonări, globale și segmentare; controlul inhibiției voluntare și al respirației; organizarea schemei corporale, a orientării spațio-temporale; cât și posibilități de adaptare la cerințele vieții școlare și familiale.

Profilul psihomotor al copilului întârziat mintal este evidențiat prin fapte și acțiuni. Progresul în dobândirea mișcărilor este în strict acord cu dezvoltarea sistemului neuromuscular. Întârzierea poate fi evidențiată prin teste de psihomotricitate, care pot distinge și unele întârzieri în dezvoltarea intelectuală.

Deficiența mentală de nivel mediu și profund, după Pick și Vayer (1968, p. 176), prezintă următoarele particularități ale dezvoltării pe plan psihomotoric: tulburare accentuată a echilibrului static și postural; manifestări frecvente ale sincineziilor; dificultăți accentuate în organizarea, orientarea și structurarea spațio-temporale; dificultăți majore de coordonare a mișcărilor; incapacitatea de a-și structura comportamentul pentru a se adapta acțiunilor motrice; dificultăți majore de executare a unor mișcări precise, cât și de relaxare voluntară globală sau segmentară; apar frecvente dereglări, atât la inspirație cât și la expirație, prin manifestarea apneei, dificil de armonizat cu respirația; mai pot fi puse în evidență unele stări de slăbiciune la nivelul membrelor superioare, iar la nivelul membrelor inferioare se observă că mersul este nesigur, cu picioarele ușor depărtate, iar pasul este uneori titubant.

Reeducarea psihomotrică este complexă, întrucât sînt implicate mai multe domenii: psihologie, pedagogie, psihiatrie infantilă, expresie corporală, muzică și se acționează prin intermediul mișcărilor asupra întregului corp, a întregii personalități, fapt ce obligă la o selecție riguroasă a mișcărilor, pentru a contribui la dezvoltarea motorie globală, la dezvoltarea structurilor spațio-temporale, la inserția socio-afectivă.

Aceste argumente sînt de natură să explice de ce cîmpul reeducării psihomotrice este atît de larg, cuprinzînd în aria sa de acțiune cu caracter pedagogic atît copilul cu deficiență mentală, cu grade diferite de dificultate, cât și pe acei copii normal dezvoltati pe plan intelectual, dar care prezintă un grad mai ridicat al neadaptării pe planul emotivității, impulsivității, al dezorganizării spațio-temporale, unele tulburări de schemă corporală sau de lateralitate.

Pe baza testelor pe care copilul le-a efectuat, cât și cu ocazia discuției purtate, terapeutul are datele necesare care să-l conducă la întocmirea planului de acțiune pentru perioada următoare.

Durata și conținutul procesului de reeducare psihomotrică sînt în funcție de nivelul tulburării, de natura ei, de vîrsta copilului, de capacitatea de adaptare, dar și de „puterile” și „limitele” sub raportul potențialului său psihomotoric.

Planul terapeutic va trebui să fie „clădit” în strict acord cu nivelul tulburărilor și dificultăților copilului, fapt ce impune, ca acesta, să cuprindă următoarele componente:

a) *cu ce mijloace acționează*: în funcție de comportamentul copilului (pasiv sau activ), pot fi utilizate mijloace libere și mijloace dirijate.

*Mijloacele libere* sau la alegere sînt cele care promovează: spontaneitatea, creativitatea, descoperirea de către copil a „senzațiilor” care-l vor conduce spre găsirea propriului corp, a carențelor sale, a mijloacelor prin care poate să depășească dificultățile manifestate pe planul activităților sale corporale.

*Mijloacele dirijate* privesc acele gesturi motrice care îl pun pe copil în situația de a efectua corect, precis și coordonat o sumă de mișcări, prin care se urmărește dezvoltarea acelor aptitudini care constituie carențe în pregătirea sa motrică. În general, sînt selecționate mijloacele care favorizează cel mai bine dezvoltarea deprinderilor motrice de bază, dar sînt selecționate și sistematizate și alte mijloace, în funcție de caracteristicile de bază ale motricității copilului;

b) *cum poate fi eșalonat programul de lucru*: a eșalona înseamnă, de fapt, a evidenția strădaniile pe care trebuie să le depună copilul în procesul de reeducare. Trebuie înțeles faptul că strădaniile reprezintă acea latură a personalității prin care se pune în „operă” modul în care copilul poate să se concentreze asupra acțiunilor în curs de desfășurare, poate să găsească resursele interne care să-l conducă la reușită, poate să armonizeze resursele terapeutului cu înclinațiile, năzuințele, dar și opțiunile sale;

c) *ce elemente de prognostic pot fi stabilite*: chiar înaintea desfășurării primelor lecții, terapeutul este obligat, în linii generale, să stabilească posibilitățile și limitele procesului de reeducare. Unele elemente de prognostic se pot stabili pornind de la modul în care copilul conștientizează situația dificilă în care se află, manifestată prin solicitarea de ajutor, prin dorința de a fi „mai bine”, prin cooperare deschisă în procesul de reeducare.

### **Perioada fundamentală**

Conținutul perioadei fundamentale trebuie să fie axat, în principal, pe strategiile metodologice, care asigură condiții pentru alcătuirea unor programe orientate spre corectarea manifestărilor de inadaptare, sub toate formele ei.

Se constată că, oricare ar fi tulburările aparente și cauzele de inadaptare, în majoritatea cazurilor se întîlnesc deficiențe care sînt, aproape totdeauna, aceleași: insuficienta percepție și control al propriului corp; incapacitatea mai mult sau mai puțin importantă a controlului respirator; tulburări de echilibru; tulburări de orientare și dificultăți de organizare spațio-temporală.

Cît privește reeducarea psihomotrică a acestor tulburări, trebuie făcută precizarea că ea se constituie ca un tot unitar. Concepțiile care atribuie valențe separate pentru latura psihică a acestui proces, în antiteză cu cele ce acționează pe plan motric, sînt categoric eronate.

Planul terapeutic întocmit pentru acești copii trebuie să pornească de la universul restrîns al spațiului în care trăiesc, avînd ca principale repere modelarea structurilor comportamentale integratoare, cu referire la coordonarea posturală, coordonarea senzorio-motrică, comportamentul verbal și socio-familial

Pentru traducerea în practică a acestor obiective, terapeutul are la dispoziție modalități variate de intervenție, constînd în: utilizarea unor forme obișnuite de



mișcare, desfășurate în condiții schimbătoare; trecerea treptată de la demonstrarea unei anumite mișcări, la execuția ei de către copil pe baza instructajului verbal; dozarea și gradarea sistemului de cerințe raportat la nivelul de dificultate; consolidarea, prin repetare, a engramelor motorii

Pentru îndeplinirea acestor obiective; terapeutul trebuie să-și îndrepte atenția asupra asigurării celor mai potrivite căi, mijloace metode și sisteme de acționare, care să fie în strict acord cu restantul funcțional al copilului, dar și cu particularitățile sale de vîrstă.

Organizarea procesului de reeducare psihomotrică oferă condiții ca terapeutul să apeleze, cu bune rezultate, la principiile școlii active, în care copilul trebuie să fie pus în situația de a se manifesta independent, de a verbaliza acțiunile pe care le efectuează, de a decoperi greșelile pe care le-a făcut, de a relata cum este corect să execute acțiunea, de a găsi cea mai bună soluție și cale pentru a fi mai apreciat pentru reușitele sale.

În organizarea programului de activități, terapeutul are în vedere totalitatea mijloacelor și metodelor de care copilul ar putea beneficia. Programul nu este limitat în timp, el are un carter global. Din acest plan global, raportat la starea prezentă a copilului cu tulburări psihomotrice, terapeutul, în baza evaluării restantului funcțional și a indicațiilor medicale, după caz și ale psihologului, defalcă programul de tratament ce se eșalonează pe o durată de circa 4-6 săptămîni, după care, în baza bilanțului terapeutic performant, se va decide conținutul viitorului program terapeutic, de data aceasta, pe o durată de circa 8-10 săptămîni.

Condițiile materiale trebuie să ofere copilului posibilitatea de a se manifesta dinamic, concretizată prin: apucarea și manevrarea eficientă a obiectelor cu care vine în contact; examinarea atentă și găsirea celor mai potrivite căi de utilizare eficientă a obiectelor, fie de uz personal, fie de joc; adaptarea corpului și a segmentelor sale pentru a reuși să efectueze corect acțiunile preconizate.

Privite în ansamblu, serviciilor specializate, alături de familiile copiilor cu tulburări sau dificultăți psihomotrice, le revin următoarele obligații:

- asigurarea condițiilor optime pentru dobîndirea de noi experiențe prin care să valorifice capacitățile psihomotrice acumulate; utilizarea în procesul de reeducare a acelor mijloace prin care să se dezvolte componentele kinestezice;
- să se ofere copilului posibilitatea de a percepe o gamă variată de mijloace, pe care imitîndu-le, să aibă posibilitatea de a-și lărgi și perfecționa bagajul motric.
- orientarea procesului de educare sau reeducare pornind de la elementele de selectare a exercițiilor, care să valorifice nu numai manevrarea obiectelor, ci și efectuarea unui anumit sistem de gesturi și corelarea acestora cu cele ale partenerilor, manifestate sub formă de joc;
- în cadrul treptelor metodice de utilizare a sistemului de mijloace, să se urmărească trecerea de la imitarea acțiunilor (esențială în prima etapă) la efectuarea lor pe bază de instructaj verbal, ceea ce va conduce la însușirea unor deprinderi motrice din ce în ce mai complexe și cu un grad crescut de dificultate;
- evaluarea potențialului psihomotric trebuie să fie urmărită și consemnată, pentru a reuși să fie evidențiate progresele înregistrate într-o anumită unitate de timp.

În aceste condiții, terapeutul are posibilitatea de a-și analiza propriul program de tratament și, după caz, să poată interveni ca, pe viitor, să aplice corectivele care se impun, atât în cadrul planului general, cât și în sistemul de mijloace și orientări metodice pe care le va aplica în următoarele etape, pentru a reuși să diferențieze obiectivele ce revin celor două componente ale procesului de reeducare: cel motric și cel psihic.

Dacă pe plan educativ sînt bine stabilite principiile după care se conduce un educator, pe plan reeducativ, terapeutul, trebuie să monitorizeze fiecare moment al evoluției copilului, atât pe plan motric, cât și pe cel psihic. În procesul de reeducare psihomotrică, terapeutul nu poate anticipa modul în care copilul va reacționa la cerințele ce-i vor fi adresate, dacă au fost sau nu înțeles intențiile pe care le are.

În acest context, atenția terapeutului trebuie îndreptată asupra îmbinării armonioase a celor două componente ale activității pe care o conduce, cea psihică și cea motrică. Pe plan psihic, terapeutul trebuie să fie preocupat, cu precădere, de comportamentul cotidian al copilului, care furnizează detalii deosebit de importante, privind modul în care reușește sau nu să se încadreze în anturajul său, reacțiile sale la evenimentele ce-i sînt sau nu pe plac, gestică și mimica sa sau unele manifestări care se repetă de o manieră stereotipă.

Adaptarea, privită din punct de vedere psihologic, presupune asimilarea de noi cunoștințe și valori, dar și renunțări la atitudini sau valori personale care se dovedesc nefuncționale, pentru că sînt considerate inacceptabile de către societate. Vom spune că un copil este adaptat atunci cînd realizează, în egală măsură, adaptarea pedagogică (sau instrucțională) și adaptarea relațională (T. Rudică, 1998, p. 295).

Referitor la adaptarea pedagogică, se are în vedere capacitatea copilului de a se încadra în sistemul de cerințe din cadrul procesului de reeducare, pe cînd adaptarea relațională se referă la capacitatea de a manifesta o atitudine corespunzătoare față de ambianța reeducativă. Copilul se află în situația de a accepta și respecta regulile impuse de cadrul pedagogic în care se desfășoară procesul de reeducare psihomotrică.

Preocupările terapeutului trebuie să fie orientate, pe lîngă sistemul de mijloace pe plan motric, și spre cele legate de comportamentul cotidian al copilului, care ilustrează, de fapt, modul său de adaptare la mediu. Din acest motiv, conținutul perioadei fundamentale trebuie să fie axat și pe structura sa comportamentală, care îi permite să se afirme și să progreseze, atât pe planul relațiilor sale cu terapeutul, cât și față de celelalte persoane din mediul său familial.

Terapeutul trebuie să asigure condiții optime pentru manifestarea unor trăsături comportamentale, pe care copilul încă nu este în măsură să le evidențieze, dar pe care le va dobîndi în cadrul procesului de reeducare.

Privită în ansamblu, perioada fundamentală este organizată pe trei etape: adaptarea la sistemul de cerințe; integrarea interdicțiilor; dezvoltarea combativității.

#### • *Etapa I – Adaptare la cerințe*

Activitatea reeducativă se construiește pas cu pas, fiind organizată în funcție de modul în care copilul reușește să se adapteze la sistemul de mijloace utilizat. Procesul de reeducare psihomotrică se înscrie într-o strategie de ajutor. Ea cuprinde motricitatea ca pe un instrument de lucru, pornind de la cele mai simple acțiuni pe care copilul trebuie să le execute, pînă la cele mai dificile, în care este implicat și psihicul.



Terapeutul îi oferă copilului posibilitatea de a-și alege singur atât conținutul jocului cât și mijloacele prin care să acționeze. În timpul desfășurării acțiunilor individuale, terapeutul urmărește modul în care: își alege conținutul jocului și mijloacele pe care le utilizează, caracterul jocului, modul în care manevrează obiectele de joc; durata menținerii unui joc sau trecerea de la un joc la altul. Observațiile sînt de natură să-i ofere terapeutului suficiente date privind dificultățile pe care le prezintă copilul, dar și unele elemente pe care trebuie să le aibă în vedere atunci cînd alcătuiește programul de lucru.

Terapeutul, pentru a se edifica asupra cauzelor care au generat tulburarea, apelează la mecanismul de derulare a copilăriei.

Repetarea copilăriei se realizează sub formă de joc, în care copilul își organizează acțiunile în concordanță cu dorințele sale. Terapeutul îl orientează, după care devine un observator atent al acțiunilor. Acest mod de a conduce activitatea oferă posibilitatea de a promova, mobiliza și îndruma discret reîntoarcerea la copilărie pe planul activităților corporale. Acest comportament retroactiv, acceptat și înțeles de către copil, trebuie considerat ca un progres în evoluția psihomotrică a copilului, deoarece bagajul motric, practicat în anii precedenți, este acum mult mai performant și încurajează copilul spre noi performanțe. Avînd un caracter global, acest sistem cuprinde întreg corpul ca pe un instrument de lucru, ca un postament pe care se clădesc toate acțiunile, conduitele, gesturile motrice. Activitățile corporale sînt, de fapt, mijloacele prin care copilul validează întreaga sa existență. Se apelează la joc, considerat fiind cel mai potrivit mijloc de a reda, cu multă fidelitate, trăirile sale, bucuriile, dar și necazurile pe care le-a înfîlnit pînă în prezent.

Stabilind direcțiile principale de abordare a modalităților de acționare, terapeutul se orientează asupra sistemului de mijloace și metode prin care să obțină ameliorarea treptată a comportamentului copilului. Atenția trebuie să-i fie îndreptată, în principal, asupra acelor obiective care să-i faciliteze copilului posibilitatea de a dobîndi conștiința propriului corp, în relație cu stăpînirea echilibrului, pe parcursul diverselor situații ce reclamă coordonare segmentară sau globală. Se acordă o mare importanță orientării spațio-temporale a copilului, condiție esențială unei cât mai bune posibilități de adaptare la lume exterioară.

Dobîndirea, la nivel corespunzător, a acestor componente structurale îi va oferi copilului posibilitatea de a-și stăpîni corpul, fapt care îl va conduce spre intuierea acelor modalități practice prin intermediul cărora să-și controleze comportamentul. Pentru a ajunge la acest nivel, este un drum lung, care prezintă unele ezitări, ce trebuie înlăturate cu multă atenție, răbdare și înțelegere de ambele părți, terapeut și copil.

#### *• Etapa a II-a – Integrarea interdicțiilor*

Se pornește de la ideea că reeducarea nu este o educare din nou, fapt ce poate fi atestat prin direcțiile de acționare a celor două.

Educația este un proces de dezvoltare și perfecționare a omului. Educația se sprijină pe lege, pe muncă, pe interdicții pentru a asigura copilului posibilitatea de a promova.

Reeducarea este acțiunea de a acționa, de a relua și reface educația nereușită, cu scopul de a realiza integrarea în viața socială. Reeducarea poate fi funcțională,

morală și socio-profesională. În școală, instruirea și jocul sînt net diferențiate; în reeducarea psihomotrică, jocul devine mijlocul principal prin care copilul își „cultivă” personalitatea.

Terapeutul, în funcție de evoluția copilului, de capacitatea sa de adaptare și de încadrare în sistemul de acționare pînă în acel moment, intervine cu o regulă care este formulată în termenii pe care copilul trebuie să-i înțeleagă și la care trebuie să adere.

În cadrul sistemului de lecții intervine, cu rezultate din ce în ce mai bune, sistemul de legi care asigură organizarea și desfășurarea acestei forme de activitate. În acest sens, sînt utilizate *legi fundamentale*, ce nu pot fi interpretate și nici călcate, și *legi circumstanțiale* (cum sînt regulile de joc sau anumite consemene), ce pot oscila sau chiar pot fi încălcate.

În procesul de reeducare psihomotrică, respectarea legilor este esențială întrucît asigură condițiile necesare pentru securitatea copilului, a terapeutului și a cadrului material din sală

În aceste condiții, copilul, treptat, se supune, considerînd că această regulă (interdicție) are valoare generală pe care poate să o înscrie în linia sa de conduită.

Terapeutul trebuie să asigure un echilibru între cerințe și controlul îndeplinirii lor, dar să-i ofere copilului posibilitatea de manifestare a independenței, care trebuie să fie „clădită” pe înțelegerea rolului sistemului de reguli care au fost stabilite. Atunci cînd copilul conștientizează importanța regulilor introduse, sînt asigurate condițiile psihologice pentru evidențierea unui comportament adaptativ.

Treptat, în lecție, se acordă un loc și un rol importante regulilor, mai ales în direcția organizării și desfășurării activității de reeducare. Se trece, treptat, de la jocul organizat de copil, la cel orientat și condus de către terapeut, în care sistemul de mijloace se diversifică, iar regulile devin condiții de încadrare în activitate.

Este potrivit să se stabilească un cadru restrictiv cu caracter protectiv pentru copil, terapeut și mediu de lucru. În procesul de reeducare există o modalitate particulară de acționare „a face ca și cum...” În aceste condiții, terapeutul orientează activitatea copilului pentru a se manifesta, prin angajarea corpului în acțiuni complexe bazate pe teme imaginare. „Sîntem pe munte, vom urca pe acest vîrf – astfel copilul este îndemnat fie să execute o tîrîre, fie să se cațere pe o scară fixă.

Un rol important în desfășurarea activității, mai ales după introducerea regulilor, îl are verbalizarea, fapt ce determină trezirea interesului și conștientizarea treptată a activităților pe care le efectuează copilul.

Sfera influențelor se lărgeste atunci cînd, în cadrul lecțiilor, terapeutul introduce „terțul”. Acest fapt conduce la dezvoltarea capacităților de adaptare a copilului la condițiile diferite de lucru.

Introducerea unui „terț” în timpul lecțiilor marchează un progres decisiv în activitatea copilului. Cu el se trece de la un semn izolat la un proces... de la o relație directă – unde senzația este concepută fără nuanțe – la o relație nuanțată introducînd ambivalența, în fine de la o relație opunînd cupluri de opoziții la o relație susceptibilă de a diferenția realizarea dorinței. În acest sens „terțul” introduce realul (J.J. Guillarmé, 1982, p.169).



Pe măsură ce dobândește experiență și se adaptează tot mai bine la structurile psihomotrice, aria regulilor și normelor disciplinare se lărgeste, ceea ce îl va conduce la manifestarea unui comportament adecvat etapei sale de creștere și dezvoltare.

### **• Etapa a III-a – Educarea combativității**

În desfășurarea procesului de reeducare psihomotrică, preocupările terapeutului trebuie să fie concentrate și asupra unei laturi importante a comportamentului cotidian al copilului, manifestată prin combativitate. Această componență comportamentală îi permite copilului să se afirme și să evolueze în mijlocul celorlalți.

Un cămin armonios oferă condiții optime pentru formarea și dezvoltarea combativității. Într-un cămin în care părinții nu se înțeleg bine sau sînt despărțiți, copilul, rănit în sentimentele sale, va avea reacții manifestate prin agresivitate. Ea poate fi pasivă – manifestată prin refuzuri dușmănoase, prin fuga de acasă; sau activă – manifestată prin amenințări, comportamente răutăcioase, ajungînd pînă la agresiune.

Mamele care adoptă o atitudine prea protectoare sau prea autoritară își mutilează psihic copilul. Din cauza imaginii pe care și-o formează despre „copilul ideal”, tandru și supus, ele plămădesc ființe fără consistență, fără „coloană vertebrală”.

Adaptarea copilului se realizează, printre altele, și prin comportamentul combativ, fiind, de fapt, o trăsătură comună a tuturor oamenilor. Combativitatea nu are un caracter particular, manifestat prin cuplul distrugere-respingere, ea integrează și refuzul, care acordă întreaga valoare lui „nu”. Prin combativitate copilul este ajutat să se separe de o relație dependentă, pasivă, chiar fuzională cu mama, cu părinții sau o altă persoană, fiind considerată o manifestare umană pozitivă.

În sistemul educativ din școală se promovează combativitatea sub forma sa reliefată, cum ar fi curiozitatea intelectuală și competitivitatea școlară. Aceste forme sînt considerate ca fiind „sănătoase”, li se acordă libertatea de manifestare, mai ales în cadrul jocurilor, desenului sau activităților de expresie (poezie, teatru). În școală, acest comportament, poate lua și forme de manifestare activă (amenințări, comportamente răutăcioase etc.), condiție în care copilul nu-și poate manifesta combativitatea, cel mai adesea, este nefericit. În această situație, el își limitează schimburile, reduce pînă la anulare încrederea în sine, transpare o tristețe difuză.

În procesul de reeducare psihomotrică, combativitatea este stimulată de către terapeut. Mijloacele de reeducare vor fi furnizate sau sugerate de către terapeut, ceea ce va permite copilului să le abordeze fără teama de a greși, ba mai mult, le va considera izvorite de la el și le va utiliza cu plăcere. În acest caz se asigură o relație de supunere-dominare în care se evidențiază teama și plăcerea de a controla și de a fi controlat.

### **Perioada finală**

Asupra oportunității încetării procesului de reeducare au fost dezvoltate o serie de teorii, au fost stabilite criterii, au fost enunțate modalități practice de întrerupere a relației cu copilul.

Conștient de progresele înregistrate sau de unele stagnări, fără a mai vorbi de eșec, reeducatorul trebuie să procedeze, cu mult tact pedagogic, la pregătirea momentului în care se desprinde de elevul său. Dintre mijloacele utilizate în acest sens, amintim: reducerea duratei de lucru în cadrul lecțiilor; reducerea numărului de

lecții pe săptămână; introducerea elementelor de sinteză; sporirea numărului de reguli și norme pe care trebuie să le respecte în cadrul lecțiilor; discuții amicale privitoare la independența sa; trecerea bateriei de teste și compararea rezultatelor obținute în etapa inițială; concluzii prezentate copilului și părinților.

Pentru terapeut, este un moment de reflecție, un moment în care trebuie să pună în balanță: modul în care a reușit și dacă a reușit să pună diagnosticul real; modul în care a pregătit fiecare perioadă și etapă de lucru; care au fost momentele mai dificile din timpul lucrului și ce măsuri a luat pentru a fi trecute mai ușor de către copil; dacă sistemul de mijloace utilizat a corespuns particularităților fizice și psihice ale copilului.

Analiza obiectivă îi va permite ca, în alte ocazii, să evite aspectele care l-ar putea conduce la un nou eșec.

Perioada finală este concretizată prin existența a două etape: sinteza activității și detașarea și seperarea

#### • *Etapa I – Sinteza activității*

Bilanțul activității este realizat de către terapeut atunci când, trecând probele finale, copilul are posibilitatea de a constata progresele pe care le-a obținut pe plan psihomotric. În cadrul acestor testări sînt utilizate unele probe specifice pe plan motric, dar și elemente subiective rezultate din relațiile copilului și observațiile specialistului.

Dacă în sistemul de mijloace au fost utilizate, ca formă de manifestare, numai activități corporale, atunci când apar condiții optime de întrerupere a procesului de reeducare, se apelează la „cuvînt”, cu ajutorul căruia copilul percepe realitatea și încearcă să se separe fără riscuri, fără dramatizarea situației.

Terapeutul apelează la formele convingătoare, apropiate de copil de trăirile lui. În acest sens, în timpul desfășurării activității, intervine cu următoarele precizări: simt că lucrurile au intrat pe un făgaș bun; așa cum decurg treburile, va trebui să mai lucrăm un timp, după care ar fi cazul să devii independent; este momentul să ne convingem de progresele pe care le-ai obținut prin trecerea testelor.

#### • *Etapa a II-a – Detașarea și separarea*

Pentru copil, încetarea lucrului poate crea stări deosebite. Obişnuit cu sistemul de lucru, mîndru de rezultatele obținute, sigur pe sine, se vede, la un moment dat, abandonat de cel căruia i-a încredințat trupul și sufletul său pentru a-l pregăti să depășească seria de dificultăți pe care le-a întîmpinat pînă acum. Această detașare de obişnuit poate determina o întoarcere la ceea ce a fost, dacă separarea intervine fără o pregătire prealabilă.

Viața fiecărui copil se constituie din separări și rupturi succesive. Unele pot avea influențe negative, care se vor repercuta atunci când copilul are mai puțin nevoie de ele. Climatul afectiv instabil, separările precoc și repetate, rupturile brutale și neașteptate îl fac pe copil să înțeleagă mult mai mult, că nu este acceptat, că, în fapt, este o respingere mascată. Acestă „atmosferă” își va pune amprenta pe personalitatea lui și din acest motiv apar o serie de dificultăți de adaptare, ceea ce îl va determina să apeleze la terapeut.

Sînt însă separări care au o influență benefică asupra copilului, oferindu-i posibilitatea de a dobîndi autonomia pe toate planurile. În această grupă de separări



intră: elemente familiale – autoservirea, respectarea programului zilnic (trezirea, igiena personală, respectarea orelor de masă, plecarea la școală etc.); ritmurile și rupturile din viața socială – orele de curs, pauzele, vacanțele, pregătirea temelor, recreerea din timpul liber.

Separarea și ruptura de terapeut se planifică cel mai bine cu ocazia vacanței mari, când copilul are mai multă libertate, are posibilitatea de a face un bilanț al întregii activități depuse în cadrul activității de reeducare. Sînt mulțumit de modul în care te-ai comportat și te felicit.

Separarea se desfășoară sub forma unui ritual, ceea ce îi permite copilului să înțeleagă că el a ajuns, după o perioadă de timp, la nivelul celor din grupa sa de vîrstă cronologică.

## **PARTICULARITĂȚILE LECȚIEI DE REEDUCARE PSIHOMOTRICĂ**

Cadrul optim de îndeplinire a obiectivelor de educare sau reeducare psihomotrică este reprezentat de lecție. În cadrul acestei forme organizate de activitate, preocuparea terapeutului este direcționată spre un sistem de influențe benefice care să îl conducă pe copil spre „intrarea în posesia propriului corp”, pentru a reuși o mai bună coordonare a mișcării.

Proiectarea lecției este un demers prin care se urmărește stabilirea componentelor de bază, care conduc la organizarea, elaborarea și supravegherea sistemului de influențe pe care exercițiul fizic terapeutic îl exercită asupra organismului copilului. Conceptul despre lecție (după I. Jinga și I. Negreț, 1982, citat de M. Momanu) pune terapeutul în fața următoarelor întrebări „Ce voi face, cu ce voi face, cum voi face, cum voi ști dacă am realizat ceea ce mi-am propus?”.

Valorificarea întrebărilor de mai sus este materializată prin conținutul celor patru etape de bază în proiectarea lecției: identificarea obiectivelor; determinarea resurselor – conținutul lecției; elaborarea strategiilor didactice optime; conturarea modalităților de evaluare a efectelor îndeplinite de sistemul de mijloace (Mariana Momanu, 1998, p. 210).

### **I. Stabilirea obiectivelor**

Acțiunile educative sau reeducative trebuie să fie selecționate în funcție de nevoile copilului, puse în evidență prin intermediul bilanțului motric, perceptiv-motric. Identificarea obiectivelor este în funcție de cauzele majore ale inadaptrii, cum ar fi: insuficiența percepție și control a propriului corp; dificultăți de reglare a aparatului respirator; dificultăți de menținere a echilibrului; dereglări în orientarea și organizarea spațio-temporală.

#### *Cerințe legate de enunțarea obiectivelor*

Se recomandă ca terapeutul, atunci când stabilește obiectivele, să aibă în vedere ca acestea să corespundă potențialului psihomotric al copilului, în care sens, sistemul de mijloace să nu prezinte un grad prea mare de dificultate; să fie enunțate cu claritate pentru a fi înțeles de copil; să se adreseze cu precizie unei singure acțiuni; să ofere o imagine cât mai concretă a conținutului structurilor utilizate; recomandările prezentate să țină cont de potențialul motric și psihomotric acumulat.



Avînd clar precizate formele de inadaptare a copilului, terepeutul, în funcție de scopul urmărit, stabilește obiectivele de organizare și de desfășurare a procesului de reeducare psihomotrică astfel:

- să asigure condiții optime pentru conștientizarea de către copil a nivelului psihomotric dobîndit pînă în acel moment;
- prin mijloacele pe care le utilizează, copilul să-și solicite la maximum participarea senzorială;
- să dezvolte capacitatea de acționare, verbalizare și control a exercițiului fizic terapeutic pe care îl efectuează;
- să se sprijine, în asigurarea progresului terapeutic, pe structuri psihomotrice cît mai corect executate;
- să orienteze procesul de reeducare în direcția formării impresiei, ca și cum toate acțiunile au fost imaginate și înțelese de către copil și, în fond, el este cel ce se educă, „este artizanul propriei sale reabilitări”.

Obiectivele operaționale pe care terepeutul și le propune, pentru a nu fi sortite eșecului, vor trebui direcționate spre realizarea tuturor aspectelor legate de

- modalitățile și formele prin care se realizează adaptarea copilului la conținutul lecției, precum și identificarea circumstanțelor care pot contribui la finalizarea acestui obiectiv terapeutic;
- stabilirea condițiilor care să asigure reușita acțiunilor programate, în care scop se va urmări: definirea momentelor mai dificile în executarea structurilor psihomotrice; stabilirea parametrilor comportamentali; circumstanțele în care are loc adaptarea; prognozarea nivelului la care poate ajunge copilul ca urmare a adaptării la solicitări.

Obiectivele trebuie să asigure raporturi de interdependență între structurile psihomotrice și metodele specifice la care s-a recurs pentru a contribui astfel la ridicarea eficienței procesului de reeducare. În acest sens, obiectivele trebuie să poată anticipa: în ce direcție este orientată structura respectivă; cum trebuie evaluată influența exercitată de structurile utilizate; cum se va adapta copilul la noile structuri; ce relație poate stabili copilul între noile structuri și structurile utilizate pînă în acel moment.

## **II. Conținutul lecției**

Atenția trebuie să fie concentrată asupra modului în care sînt direcționate, reglate și adaptate conținutul și structura exercițiilor terapeutice la trebuințele și posibilitățile copilului. Stabilind conținutul și structura, se precizează parametrii operaționali, prin intermediul cărora este valorificată întreaga gamă de mișcări care alcătuiesc exercițiul fizic terapeutic. Fiind un proces psiho-pedagogic, lecția din cadrul procesului de reeducare psihomotrică, cum este și firesc, trebuie să parcurgă toate etapele care conduc și asigură reușita acestei forme de activitate a copilului, sub conducerea terepeutului.

Conținutul lecției este stabilit în funcție de nevoile copilului, raportate la deficiențele psihomotrice pe care le prezintă, precum și la condițiile de lucru oferite de baza materială aflată la dispoziție.

*Nevoile copilului* se raportează la nivelul structurilor și conduitelor motrice, puse în relație cu capacitatea perceptiv-motrică disponibilă la momentul respectiv, evident deficitară. Acest bagaj psihomotric, aflat sub limitele sale normale, este perfectibil, fără a putea preciza *a priori* în ce limite de timp și cum, rămânând să-și spună cuvîntul nivelul dificultăților ce trebuie depășite, precum și dorința copilului de a se angrena activ în procesul de recuperare.

*Principalele direcții de acționare* sînt de o mare diversitate, concretizîndu-se prin preocupările ce vizează cunoașterea propriului corp; educarea posturală și echilibrul; organizarea spațială și temporală; coordonarea senzorio-motrică; coordonarea oculo-manuală; educarea respirației și a relaxării globale și segmentare; educația diferențiată (Pick și Vayer, 1968, pp. 220-223)

Pentru realizarea acestor obiective, terapeutul va trebui să țină cont de nivelul funcțional și de capacitatea lui de a se adapta la sistemul de acționare, de progresele înregistrate într-o anumită perioadă de timp, precum și de dificultățile ce urmează a fi depășite prin intermediul acțiunilor programate în lecție.

Avînd clar precizate aceste direcții de acționare, terapeutul stabilește structura fiecărui exercițiu, pe baza legilor biomecanice, care compun și raportează: sistemul de referință față de care se realizează mișcarea, direcția spre care este orientată mișcarea, sensul mișcării, timpul de execuție a mișcării (viteza și accelerația), unitatea de măsură a forțelor (Cl. Baci, 1981, p. 43).

Programarea sistemului de exerciții terapeutice este condiționată de următorii factori:

- creșterea treptată a gradului de dificultate al exercițiului, pentru a permite copilului să înțeleagă și să se adapteze progresiv la sistemul de acționare;
- diversificarea structurii exercițiului terapeutic, dar și a manierei de utilizare, cu scopul de a amplifica sfera de influențe și de a îmbogăți bagajul motric al copilului;
- ameliorarea bagajului motric deficitar să se înscrie ca indicator de prognoză pe termen lung, dar sigur;
- terapeutul trebuie să evite prognozele hazardate care pot pune sub semnul întrebării bonitatea practicii sale terapeutice;
- reluarea pe parcurs a unor exerciții terapeutice are rolul de a evidenția și reliefa progresele copilului, înregistrate sub raport psihomotric, în toată complexitatea lor.

*Condițiile de lucru* au în vedere baza materială și timpul afectat programului terapeutic, care să contribuie la realizarea planului terapeutic propus. În condiții normale, spațiul de tratament trebuie să aibă dimensiunile unei săli de clasă, bine iluminată, curată și încălzită. În legătură cu baza materială, trebuie precizat faptul că nu numărul și diversitatea reprezintă axa principală, în jurul căreia sînt concepute acțiunile, ci eficiența și mai ales modul în care acestea îl ajută pe terapeut să-și realizeze obiectivele propuse.

### III. Elaborarea strategiilor de lucru

Pentru a asigura o eficiență sporită procesului de educare sau reeducare, trebuie avută în vedere calitatea demersului de selectare și corelare a metodelor, mijloacelor și materialelor, prin intermediul cărora se urmărește exercitarea unor



influențe favorabile pentru dobândirea potențialului psihomotric corespunzător. Adevărata măiestrie a terapeutului este ilustrată prin modul în care acesta știe cum să aleagă sistemul de mijloace; cum trebuie să acționeze și știe că tot ce a făcut se va solda cu rezultate favorabile pentru copil.

Pentru realizarea acestui scop, terapeutul are la dispoziție o serie de parametri operaționali, care îl vor direcționa spre un bilanț favorabil, dacă va etala discernământ în utilizarea modalităților celor mai adecvate de folosire a exercițiului fizic terapeutic.

a) *specificul activității* — stabilirea căilor de îndrumare și realizare a mijloacelor selecționate în acord cu capacitatea de înțelegere și de angajare în mișcare a copilului; dozarea solicitărilor în funcție de capacitatea de adaptare a copilului la efort; implicarea sa în acțiune, atunci când condițiile o impun, pentru a corecta greșelile în executarea exercițiului terapeutic recomandat;

b) *particularitățile comportamentale* vor fi în măsură să-l determine pe terapeut să-și orienteze atenția asupra următoarelor obiective: dezvoltarea, încă din primele lecții, a capacității de cooperare; creșterea treptată a sistemului de cerințe, care îl pun pe copil în situația de a învinge propriile rețineri; să se acorde o atenție deosebită explicațiilor oferite cu prilejul prezentării unor acțiuni ce urmează a fi efectuate de către copil; adaptarea comportamentului general al copilului la cerințele impuse de activitatea școlară și socială; baza materială trebuie să asigure un conținut corespunzător lecției;

c) *personalitatea terapeutului* influențează, în bună parte, succesul în aplicarea strategiei didactice. Ca elemente definitorii ale comportamentului său pot fi: *omenia* = blîndețe, bunăvoință, răbdare; *simful răspunderii* = corectitudine, perseverență, eficacitate; *confidențialitate* = păstrarea informațiilor încredințate de către copil; *cinstea, cumpătarea, hărnicia* = evidențiază umanismul de care trebuie să dea dovadă în toate ocaziile. (A. Nicolau, 1987, p. 85).

#### **IV. Conturarea modalităților de evaluare**

Evaluarea se constituie din acțiunea terapeutului de a aprecia și verifica modul în care copilul face progrese „pe drumul de la diagnostic la ameliorarea” tulburărilor și dificultăților psihomotrice. După C. Cucos (1998, p. 174), activitatea de evaluare trebuie să aibă ca punct de plecare răspunsul la întrebări de tipul: cînd evaluăm, ce evaluăm și cum se evaluează?

*Cînd evaluăm?* În procesul de educare sau reeducare psihomotrică, terapeutul este în situația de a utiliza *aprecierea* în fiecare moment al lecției, pentru a reuși să-și formeze o imagine concretă asupra modului în care copilul înțelege, execută și face legături între diferitele gesturi motrice și adoptă o conduită corespunzătoare.

Verificarea poate fi efectuată astfel:

- bilanțul motric și psihomotric trebuie planificat după o etapă bine stabilită, în care accentul a fost pus pe anumite componente psihomotrice. În mod practic, verificarea se efectuează la fiecare șase luni.
- bilanțul mental și controlul medical se efectuează, în medie, o dată pe an.

*Ce evaluăm?* Aprecierea modului în care se comportă copilul în timpul efectuării acțiunilor motrice sau psihomotrice reflectă, de fapt, calea reală de

evidențiere a posibilităților lui de moment. Conduita copilului este cea reală, cea pe care terapeutul dorește să o promoveze și să observe modul în care a înțeles și execută, în funcție de posibilitățile lui, la momentul respectiv. În condițiile în care apar unele abateri de la structura concretă a acțiunii, intervenția terapeutului este de natură să corecteze și să orienteze copilul pe o direcție corespunzătoare.

În situația în care copilul nu se încadrează în limite acceptabile cu sistemul de acționare, culpa aparține terapeutului, care fie a grăbit procesul de adaptare, fie nu a apreciat corect posibilitățile acestuia. În procesul de educare sau reeducare psihomotrică, terapeutul „trebuie să știe să meargă încet și progresiv pentru a reface etapele lipsă în dezvoltarea copilului”.

Un alt aspect al aprecierii vizează modul în care terapeutul a conceput și aplicat sistemul de acționare, care să conducă la ameliorarea potențialului psihomotric al copilului. Acest aspect al autoaprecierii este pus în valoare prin modul în care terapeutul selecționează și aplică sistemul de mijloace; prin obiectivele stabilite și metodele utilizate; pentru a promova conduitele psihomotrice cât mai corect și eficient adaptate posibilităților copilului.

*Cum evaluăm?* Având bine stabilită structura fiecărui gest motric, terapeutul urmărește modul în care copilul reușește să se adapteze corporal și mental pe structura respectivă. Se cere copilului ca, în timpul efectuării testului motric, să verbalizeze maniera în care îl execută, pentru a verifica modul în care a înțeles și reținut toate momentele-cheie ale gestului motric. Această modalitate de a desfășura procesul de educare sau reeducare are menirea de a-l conduce pe copil ca, treptat, să înțeleagă dificultățile pe care trebuie să le învingă pentru ca, de la o etapă la alta, să-și amelioreze potențialul motric și psihomotric.

### *Optimizarea lecției*

Optimizarea lecției este considerată reală atunci când resursele, strategiile didactice și de evaluare se „corelează și se condiționează reciproc”. Sensul în care este orientată optimizarea vizează două aspecte:

- maniera în care terapeutul concepe și conduce lecția;
- dobândirea de către copil a capacității de înțelegere, reținere și efectuare a acțiunilor cu caracter corectiv orientate spre refacerea potențialului său psihomotric.

Conceperea și conducerea lecției sînt legate nemijlocit de caracteristicile de bază ale procesului de pregătire, ilustrat prin eficiența acțiunilor care determină realizarea obiectivelor propuse. Se poate afirma că, optimizarea lecției este arta de a organiza și conduce sistemul de influențe în acord cu legile, principiile și metodele procesului de educare sau reeducare psihomotrică.

Criteriile care determină optimizarea în sistemul de lecții sînt condiționate de următorii factori: alegerea sistemului de mijloace prin intermediul căruia sînt determinate modalitățile de influențare a componentelor motrice și psihomotrice; utilizarea celor mai potrivite resurse metodologice și promovarea lor în sistemul de lecții; evidențierea eficienței acțiunilor utilizate; asigurarea unui consum optim de timp, în care să se îndeplinească armonios acțiunile motrice și psihomotrice cu relaxarea, în etape bine determinate.



În cadrul unei lecții vizînd educarea sau reeducarea psihomotrică, optimizarea tinde spre: orientarea sistemului de acționare în acord și cu dorințele manifestate de copil; asigurarea condițiilor pentru selecționarea mijloacelor în funcție de nevoile copilului; îmbinarea armonioasă a achizițiilor precedente cu cele în curs de acumulare; stimularea năzuinței copilului pentru a depăși dificultățile întîlnite; orientarea atenției copilului spre acele grupe de exerciții care conduc și la promovarea controlului de sine.

Terapeutul trebuie să acționeze de pe poziția omului ce se află într-o stare de bună dispoziție, pregătit pentru a intra în jocul copilului, dispus să acționeze prin privire și zîmbet, evitînd în acest fel comanda, ordinul. Terapeutul trebuie să pornească la acțiune avînd clar stabilit cadrul și comportamentul său prin atitudini bine definite.

„Oricare ar fi dificultățile ce se pot prezenta, există un mare principiu în educarea copiilor inadaptați: pe acești copii nu te superi niciodată” (Pick și Vayer, 1968, p. 231)

Copilul nu trebuie pus în situația de a imita mișcările pe care terapeutul le prezintă. Procesul de educare sau reeducare are ca scop să-l determine pe copil să înțeleagă și să găsească singur modul în care poate fi realizată (executată) o solicitare (cerință), enunțată de terapeut. În acest context, cerința se constituie în instrumentul orientativ pentru realizarea unei acțiuni motrice sau psihomotrice.

Copilul este pus în situația de a asculta solicitarea, a o verbaliza cu glas tare, iar după o mică pauză, timp în care se află în situația de a analiza modul în care poate efectua acțiunea cerută de terapeut, realizează acțiunea propusă. Pentru a ajunge la acest nivel al înțelegerii unei solicitări, terapeutul trebuie să-l pregătească pe copil în sistemul de lecții, marcînd, treptat, fiecare componentă, pentru a ajunge la stadiul prezentat mai sus.

Acest procedeu este statornicit încă de la primele lecții, urmărind să-l obișnuiască pe copil să găsească soluțiile cele mai bune, pentru realizarea activității de educare sau reeducare psihomotrică. Dificultăți mari sînt cu copii cu debilitate profundă. Copii cu debilitate medie sau cu debilitate lejeră trebuie să fie obișnuiți cu o prelucrare mentală a actului motric sau psihomotric ce urmează a fi executat.

## PLAN DE LECȚIE

Luna octombrie

Program de lucru pentru un copil cu debilitate medie

Conținutul de bază	Metodologii și sistem de mijloace ajutătoare
<p>Deprinderi de bază</p> <p><b>A) Percepția și controlul corpului:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Arată unde este brațul – lasă-l jos.</li> <li>- Dar celălalt braț unde este? Lasă-l jos.</li> <li>- Arată unde este piciorul – lasă-l jos; dar celălalt picior? Lasă-l jos.</li> <li>- Unde sînt capul și gîtul? E bine.</li> <li>- Știi să repiri? Închide gura și trage aerul pe nas... deschide gura și dă aerul afară pe gură.</li> </ul> <p><b>B) Educația posturală:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mergi în fața oglinzii. Pe cine vezi în oglindă? În ce poziție stai? În picioare... E bine...</li> <li>- Să văd cum știi să te așezi pe bancă ... Dar pe dușumea ?</li> <li>- Te ridici în picioare și mergi în fața oglinzii.</li> <li>- Din această poziție ridică un picior .. corect... așează-l pe sol... ridică și celălalt picior. Încearcă să miști piciorul pe care l-ai ridicat. Îl așezi jos și îl ridici pe celălalt, pe care îl miști în toate direcțiile.</li> </ul> <p><b>C) Organizare spațială:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Știi să mergi? Să văd cît de frumos știi să mergi...</li> <li>- Să mergem pînă la oglindă! Privește cum mergi ! Ai grijă: bărbia trebuie să fie ridicată, spatele trebuie să fie drept. E mai bine, dar de ce privești în jos atunci cînd mergi?</li> <li>- Mergi în jurul sălii. Ai grijă cum mergi.</li> </ul> <p><b>D) Coordonare senzorio-motrică.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mergi în virful picioarelor. Să nu se audă cînd pășești.</li> <li>- Stai! Stergeți nasul! Trage aerul pe nas și dă-l afară pe gură. Încă o dată. E bine! Să mai repetăm de două- trei ori.</li> <li>- Stai jos, pe spate culcat. Închide ochii. Nu te mai miști deloc, pînă număr la cinci... Te poți ridica în picioare.</li> </ul> <p><b>E) Coordonare oculo-manuală</b> <i>Copilul plasat în fața oglinzii</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ține mingea asta... Cum este? ușoară sau grea?</li> <li>- Plimbă mingea dintr-o mînă în alta... Încearcă să depărtezi mîinile în timp ce plimbi mingea dintr-o mînă în alta.</li> <li>- Aruncă mingea spre mine. Te plimbi prin sală.</li> <li>- Te oprești în fața mea. Îți arunc mingea iar tu trebuie să o prinzi. Mai încercăm odată... E mai bine, dar ține mîinile sub formă de căuș. Așa e bine. Acum o să poți prinde mingea mai ușor.</li> <li>- Te joci singur cu mingea. Încearcă să o arunci în sus și să o prinzi. Acum e mai bine.</li> <li>- Te duci în fața oglinzii, duci brațele în sus și tragi aer în piept, te oprești un moment după care dai aerul afară pe gură. Să repetăm de trei patru ori acest exercițiu.</li> </ul>	<p>Terapeutul și copilul stau față în față. Se urmărește care braț este prezentat primul (dreptul sau stîngul). Aceeași observație și pentru picioare. Se acordă o atenție deosebită modului în care efectuează respirația. Se insistă pe inspirația pe nas și expirația pe gură.</p> <p>Se utilizează banca de gimnastică.</p> <p>La poziția de decubit se urmărește modul în care se așază pe sol, prin flectarea picioarelor sau prin aplecarea trunchiului și apoi a picioarelor.</p> <p>La mers, se urmărește modul în care coordonează brațele cu picioarele, dar și poziția trunchiului, cu accent pe poziția capului. În timpul deplasării în fața oglinzii, terapeutul trebuie să iasă din spațiul respectiv, să se plaseze în lateral față de copil.</p> <p>Se insistă asupra imobilismului, pentru a obișnui copilul cu controlul propriului corp Treptat, se prelungește starea de nemișcare.</p> <p>Se prezintă copilului modul în care trebuie să țină palmele pentru a reuși să prindă mai ușor mingea. Palmele se țin sub formă de căuș, atunci cînd mingea vine de sus în jos.</p> <p>Treptat se va trece la mingi mai mari dar de o greutate mică pentru a se obișnui cu manevrarea mingilor mari.</p>



# PLAN DE LECȚIE

Luna Noiembrie

Grup de copii cu dificultăți psihomotrice în vîrstă de 8-10 ani

Conținutul de bază	Metodologii și metode de mijloace
<p><b>Cotrolul propriului corp</b></p> <p><b>Relaxare globală:</b>conștientizarea destinderii din poziția de decubit dorsal. Acțiuni ale mâinilor-strîngere și relaxare. Se execută întinderea și relaxarea brațelor apoi a picioarelor.</p> <p>Obișnuirea copilului cu menținerea locului său în formație, fără a incomoda pe alt copil.</p>	<p>Copii trebuie să interiorizeze senzația de mișcare a degetelor. Se execută separat pentru fiecare segment, apoi pe grupe de segmente.</p>
<p><b>Educare posturală:</b>Educarea schemei de atitudine prin menținerea unei atitudini corecte a corpului. Se trece la: mișcări ale capului-extensii și înclinări; dreapta-stînga se acționează asupra bazinului prin mișcări din poziția de decubit dorsal, ridicări de pe – sol, cu sprijin pe picioare.</p> <p>Mobilizarea brațelor: prin mișcări în toate planurile, cu minim de efort.</p>	<p>Se urmărește modul în care copilul menține poziția capului și mai ales privirea unde este orientată. Mișcările sînt executate lent pentru a reuși să perceapă fiecare poziția a segmentelor.</p>
<p><b>Educarea respirației.</b> Se pune accent pe expirația nazală.Ca modalitate de pregătire, se cere copilului să-și șteargă nasul și să urmărească mișcarile abdominale în timpul respirației</p>	<p>Pentru început se execută inspirația pe nas și expirația pe gură. Se trece la inspirația pe nas și expirația tot pe nas.</p>
<p><b>Coordonare motrică și senzorio-motrică.</b> Se urmărește însușirea desprinderii de pe sol (detenta). Din stînd se flectează genunchii, se duc brațele întinse spre înapoi: prin întinderea puternică a picioarelor și balansarea brațelor spre înainte în sus, se execută desprinderea de pe sol. Aterizarea se execută cît mai aproape de locul desprinderii.</p>	<p>Primele exerciții se execută de pe un plan ceva mai înalt pentru a obișnui copilul cu aterizarea elastică.Treptat se trece la executarea de pe sol urmărindu-se corectitudinea în executarea desprinderii.</p>
<p><b>Organizarea spațiului.</b> Se însușește noțiunea de distanță și interval:copii așezați pe două șiruri-unul după altul-se cere să întindă brațul pentru a-l așeza pe umărul celui din față. Se precizează că prin acest exercițiu au mărit distanța dintre ei. Li se cere să se întoarcă unul lîngă altul și să ducă brațul drept pe umărul colegului din dreapta. Prin acest exercițiu au mărit intervalul dintre copii. Stînd în fața oglinzii, ține o minge cu ambele mâini: mișcări de circumducții, urmate de aruncarea mingii spre sol și prinderea ei.</p>	<p>Se organizează pe grupe de cîte doi copii, afit la distanță cît și la interval. Copilul este plasat la distanța de 1,5 m față de oglindă. Se execută acțiunea din față și din profil.</p>
<p><b>Organizarea timpului.</b> Se cere copiilor să emită vocala A... pe care trebuie să o mențină cît mai mult timp. Se trece la emiterea vocalei O pe care trebuie să o mențină pe o durată mai mare decît vocala A . Se cere să inspire profund și să rețină respirația o durată cît mai mare.</p> <p>Pe două șiruri se execută mers prin sală. Se opresc, se așază în decubit dorsal: timp de un minut nu se mișcă nimeni, se inspiră pe nas și se expiră pe gură fără zgomot. Se ridică în picioare și se plimbă prin sală executînd mișcări de respirație.</p>	<p>Emiterea vocalelor se execută, la început pe un ton scăzut după care se trece la emiterea vocalelor pe un ton ridicat</p>





DE  
OTRICĂ

## Partea a III-a

# SISTEMUL MIJLOACELOR DE EDUCARE ȘI REEDUCARE PSIHOMOTRICĂ

### Partea a III-a

# SISTEMUL MIJLOACELOR DE EDUCARE ȘI REEDUCARE PSIHOMOTRICĂ

EDUCARE SUBEDUCARE PSIHOMOTRICA  
SISTEMUL MILITARELOR DE  
Partea a III-a

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY



## CONDUITELE MOTRICE DE BAZĂ

În evoluția sa, pentru început, copilul cuprinde, în câmpul său vizual, mișcările mâinilor, iar prin repetarea gestului se realizează, de fapt, coordonarea dintre câmpul vizual și cel motor. Asemenea acțiuni, prin repetare, se formează la nivelul tuturor percepțiilor senzoriale și motorii: tactilo-kinestezic, vizualo-motorii, audio-fonice.

Prin repetare, coordonarea ochi-mână se dezvoltă și se perfecționează prehensiunea, care va ajunge la forma sa de bază, police-index, abia la vârsta de un an. Etapele formării acestor complicate deprinderi permit înțelegerea raportului dintre privire și mișcare: la trei luni este doar o mișcare reflexă de agățare; la patru-cinci luni priza este cubito-palmară; la șase luni prehensiunea devine digito-palmară; la opt luni priza este radio-palmară; la nouă luni priza este radio-digitală; la un an se obține pensa police-index.

Dezvoltarea prehensiunii este în strînsă concordanță cu modul în care se formează și se dezvoltă echilibrul și coordonarea. Între trei și șase luni, o dată cu dobîndirea poziției așezat, se pun bazele echilibrului static, al coordonării mișcărilor. În această poziție, copilul urmărește cu privirea mișcarea unei persoane, se joacă cu obiectele, poate trece o jucărie dintr-o mînă în alta. Între șase și douăsprezece luni, o dată cu dobîndirea poziției de stînd și a deplasării cu sprijin, copilul dobîndește echilibrul dinamic, iar coordonarea dobîndește o sferă mai largă de manifestare.

Coordonarea oculo-manuală se consideră că parcurge cinci etape de formare și dezvoltare, ordinea lor fiind următoarea: orientarea privirii asupra mișcării propriilor mîini și tendința de agățare a obiectelor, urmărește cu privirea deplasarea unei persoane, manifestă dorința de a intra în posesia jucăriei, apucă și manevrează obiectele, eliberarea lor este spontană, selecționează obiectele înainte de a fi apucate, în funcție de preferință, apucarea și manevrarea obiectelor se realizează în funcție de solicitările persoanelor din anturaj.

Formarea și dezvoltarea conduitelor motrice de bază se exprimă concomitent cu dezvoltarea circuitelor neuromotorii, de apartenență centrală.

Activitățile motrice coordonate se formează prin automatismele senzitivo-motrice, care, la rîndul lor, condiționează variațiile tonusului muscular, sub cele trei forme ale sale: de fond, de acțiune și de comportament.

În perioada 1-3 ani, cînd acumulările au devenit evidente, conduitele neuromotorii sînt cele care permit copilului dobîndirea capacității de a se mișca din ce în ce mai bine, cu eficiență și cu relativă siguranță.

Pe parcursul copilăriei, aceste comportamente evoluează, devin din ce în ce mai complexe. Astfel, echilibrul static oferă condiții ca, treptat, copilul să dobîndească noi deprinderi. Echilibrul dinamic și prehensiunea îi oferă posibilitatea de a manevra

obiecte, iar limbajul îi oferă capacitatea de a dobîndi pe plan mental cunoștințe despre universul în care trăiește. Treptat, copilul intră în legătură cu mediul social, care se modifică o dată cu trecerea timpului, dobîndind astfel noi valențe, urmare a experienței acumulate pe plan intelectual, afectiv, cît și motric.

În continuare, pe parcursul acestor ani, comportamentul copilului se transformă și devine tot mai complex, în discuție fiind următoarele componente: echilibrul static, ca rampă de lansare pentru însușirea bagajului motric aferent echilibrului dinamic; prehensiunea, ca deprindere motrică perfectibilă, în direcția apucării și manevrării obiectelor; o dată cu însușirea limbajului, copilul va dobîndi, pe plan mental, posibilitatea și capacitatea de a-și însuși cunoștințe despre universul în care trăiește.

De această manieră, treptat, copilul va intra în legătură directă cu mediul social în care trăiește, asigurîndu-și, astfel, premisele unei dezvoltări psihosomatice normale, prin aceasta înțelegînd acumulările pe plan psihic, afectiv și motric. Conduitele motrice de bază sînt direcționate spre realizarea următoarelor componente: coordonarea oculo-manuală, mișcarea și echilibrul postural cît și coordonarea dinamică generală.

### **Coordonarea oculo-manuală**

Ca parte componentă a conduitei motrice de bază, coordonarea oculo-manuală este rezultatul asocierii dintre privire și activitatea manuală.

Aspectul metodologic al educării și reeducării acestei forme de coordonare senzorio-motorie a fost abordat de către Ajuriaguerra, Soubiran, Pick și Vayer, A. De Meur, iar din țara noastră de către C. Păunescu și I. Mușu.

Coordonarea oculo-motorie constituie un suport pentru formarea și dezvoltarea prehensiunii.

Adaptarea și controlul gesturilor, după L. Pick (1968, p110), este determinată de o serie de factori, după cum urmează: precizia mișcărilor în relație cu echilibrul general și cu independența musculară; capacitatea de a repeta gestul în aceleași condiții, sub raportul adresabilității și siguranței în execuție; raport cît mai corect între execuția cu mîna dreaptă și cu stînga; asigurarea de resurse suficiente pentru a susține efortul muscular; adaptare senzorio-motrică și ideo-motrică la gestică propusă.

În condițiile în care se constată, la un copil, tulburări sau dificultăți de adaptare la cerințele de execuție a unor acte motrice, în care coordonarea oculo-motrică este afectată, se utilizează un sistem de mijloace prin care se poate preveni sau corecta această tulburare. În acest sens, mijloacele utilizate se pot sistematiza, într-o ordine bine definită.

### *Educarea capacității de a privi și de a cuprinde în sfera senzitivo-senzorială realitatea din jur*

Copilul, mai ales cel cu tulburări sau dificultăți psihomotrice, trebuie obișnuit să-și îndrepte privirea spre o direcție bine precizată și să perceapă realitatea din mediul în care trăiește. Metodologia educării privirii este direcționată, în primul rînd, spre perceperea locului în care sînt plasate în spațiu unele obiecte. În acest context, se solicită copilului să denumească obiectul, locul pe care îl ocupă, raportînd poziția



acestui la obiectele din jur. Acuitatea vizuală se evidențiază prin perceperea și discriminarea unor obiecte, cum ar fi: pătratul de cerc; dreptunghiul de pătrat, cercul de oval sau literele *d* și *b*.

Este important să se observe și modul în care copilul poate urmări cu privirea deplasarea unor obiecte, cum ar fi, spre exemplu: traiectoria unei mingi, mișcarea pendulului metronomului, a fulgilor de nea. De această manieră, se urmărește modul în care copilul este în măsură sau nu să-și coordoneze mișcarea ochilor în consens cu a obiectului în mișcare. La fel de importantă este și capacitatea de a diferenția, din cadrul unui grup de obiecte, pe cele care sînt identice ca formă, mărime și culoare.

Educarea privirii poate fi orientată și spre aprecierea modului în care obiectele sînt prezentate sub raportul posibilităților de deplasare. Cel mai bun mijloc îl reprezintă mingea, pe care trebuie să o perceapă sub raportul formei (mică-mare) și a greutății (ușoară-grea). Este necesar ca perceperea să se refere și la traiectoria pe care o poate parcurge o minge, precum și la distanța pînă la care poate ajunge. Un fapt unanim recunoscut este acela că mingea oferă cele mai bune condiții pentru a realiza coordonarea oculo-manuală. Pentru început, se utilizează un balon din plastic, a cărui deplasare în aer, fiind mai lentă, permite copilului să urmărească modul în care acest obiect descrie în spațiu o traiectorie. Utilizarea unei mingi elastice, ce se lansează de sus și care la contactul cu solul va sări mai rapid și mai sus decît balonul, este o bună modalitate de a educa motricitatea oculogiră. În acest fel, copilul observă modul în care mingea se diferențiază de balon.

#### *Educarea capacității de apucare și manevrare a obiectelor*

Această etapă are o mare importanță în realizarea coordonării oculo-manuale. Dacă în prima etapă, copilul a fost pus în situația de a urmări modul în care obiectele sînt plasate în spațiu și relația care se poate stabili între obiectele din jur, în această a doua etapă, accentul trebuie pus pe relația care se stabilește între copil și obiect, prin intermediul ochilor și al mîinilor. În acest scop, acțiunile vor fi orientate spre acțiuni de apucare și manevrare de obiecte din poziția statică și, progresiv, pe măsura achizițiilor motrice dobîndite, acțiunea este orientată spre cele dinamice.

*Educarea acțiunilor de apucare și manevrare a obiectelor din poziție statică* este utilizată pentru a valida coordonarea dintre privire și mișcarea mîinilor, în special la copii, începînd cu vîrsta de 2 ani, pînă la vîrsta adolescenței.

Într-un coș sînt plasate mai multe cuburi; se solicită copilului să facă un turn din 3-4-5-6 cuburi; numărul de cuburi pentru construirea turnului este în funcție de vîrsta copilului. Se solicită construirea unui pod, după ce în prealabil terapeutul îi prezintă un model. Se plasează un număr de 10-15 pietre de rummy cu fața în jos. Se solicită copilului să întoarcă pietrele cu fața în sus. Se cere apoi să întoarcă o dată cu o mînă, apoi cu cealaltă. În acest fel, se poate aprecia care este mîna preferată. Se cere copilului să înfășoare 5-10 m de ață pe mosor. Pe un labirint desenat pe o foaie de hîrtie, se cere copilului să-l parcurgă cu creionul de la un capăt la celălalt, fără a depăși liniile care îl marchează. La 6-7 ani, se poate cere copilului să decupeze cu foarfeca un cerc de 3-4 cm, triunghi de 5-6 cm, romb de 6-7 cm. Aruncarea mingii la o țintă plasată la distanță de 2,5 m pentru vîrsta de 7-8 ani, 3 m pentru 9-10 ani, 3,5 m pentru

vîrsta de 10-11 ani. Ținta trebuie să fie de 35/35 cm pentru 7-8 ani, 30/30 cm pentru 9-10 ani, 25/25 cm pentru 10-11 ani; de scos cu o linguriță o bilă plasată într-un pahar, fără a-l înclina. terapeutul nu indică copilului cu care mîna să înceapă acțiunea.

*Educarea acțiunilor de apucare și manevrare din poziție dinamică* le completează pe cele din poziție statică. Copilul evidențiază capacitatea de a coordona, mișcarea segmentelor corpului cu cea a obiectului ce urmează a fi deplasat. În acest scop, cel mai frecvent sînt utilizate mingile, forma și culorile lor diferite avînd scopul de a lărgi capacitatea de percepere a obiectului, cît și a modului în care aceasta se deplasează, în raport de înălțimea de la care este lansată, dimensiunea și consistența materialului.

Pentru a intra în posesia mingii, copilul trebuie să-și însușească modalitățile practice de adaptare a poziției brațelor și mîinilor; poziția corpului față de direcția de unde vine mingea, precum și modul în care va veni în contact cu mingea.

Un alt aspect pe care terapeutul trebuie să-l aibă în vedere este legat de starea de echilibru a copilului, atunci cînd este angajat în acțiunile de prindere și aruncare.

Învățarea prinderii din zbor a unui obiect reprezintă elementul de bază, în direcția perfecționării coordonării oculo-manuale. În funcție de direcția din care vine mingea, poziția brațelor și a mîinilor poate fi: dacă mingea vine din față, brațele se întind înainte, cu palmele îndreptate spre direcția de unde vine mingea, coatele fiind în extensie; dacă mingea vine de jos (prin ricoșeu), palmele sînt în pronație pentru a prinde cu mai multă ușurință mingea; dacă mingea vine din față, rostogolindu-se pe sol, copilul trebuie să flecteze genunchii, să aplece trunchiul în față și să ducă mîinile înainte, pentru a opri rostogolirea mingii și apoi să o apuce pentru a fi ridicată.

Învățarea prinderii mingii parcurge următoarele trepte metodice.

Terapeutul lansează, prin rostogolire o minge medicinală (1 kg); copilul trebuie să-și adapteze poziția corpului pentru a intra în posesia mingii, genunchii sînt flectați, trunchiul aplecat spre înainte, brațele întinse, palmele în supinație îndreptate spre minge; oprirea mingii se execută printr-o ușoară flexie a coatelor imediat după ce palmele au luat contactul cu mingea pentru a amortiza șocul; urmează apucarea mingii și transportarea ei spre terapeut.

În condițiile în care terapeutul lansează mingile din poziții înalte, se folosesc următoarele procedee: se lansează mingea de sus: copilul o prinde cu palmele în supinație; dacă mingea vine din ricoșeu cu solul, prinderea se face cu palmele în pronație; dacă mingea este oferită din față: brațele sînt întinse, palmele în supinație sub formă de căuș; mingea vine din față, dar lansată de sus: în funcție de traiectoria mingii, brațele sînt duse în față, întinse, cu palmele în pronație și în ușoară extensie.

Prinderea mingii cu o singură mîna constituie un apogeu al formării deprinderii de prindere, este acțiunea care atestă capacitatea copilului de orientare spațio-temporală copilul își controlează schema corporală, pe fondul unei mai bine conturate lateralități.

Terapeutul trebuie să includă în planul de pregătire a copilului și elemente de adaptare a poziției corpului, pentru a putea prinde mingea. În acest sens se pot utiliza următoarele procedee metodice: terapeutul oferă copilului mingea din față, dar îi modifică puțin traiectoria, spre dreapta sau stînga. Copilul este atenționat să se deplaseze



în direcția de unde vine mingea, pentru a putea să o prindă; după ce copilul a înțeles modul în care trebuie să procedeze pentru a prinde mingea, se trece la o etapă superioară, în care copilul trebuie să se deplaseze spre înainte, spre dreapta, stînga sau spre înapoi și chiar mai jos, situație în care trebuie să flecteze genunchii.

Un alt procedeu, care contribuie la dezvoltarea capacității de prindere a mingii este atunci cînd aceasta vine din lateral. În aceste condiții, copilul menține în aceeași poziție picioarele, dar trebuie să răsucescă trunchiul pentru a putea să-și îndrepte brațele spre direcția din care vine mingea. Acțiunea se execută cu lansarea din partea dreaptă, apoi din cea stîngă. Procedeele de învățare parcurg același traseu prin care a fost însușită prinderea din față, rostogolită sau lansată în sus.

#### *Educarea capacității de lansare, cît și a abilității de manevrare*

Finalizarea acestui obiectiv terapeutic aduce în discuție două elemente, considerate a fi determinante pentru reușita terapeutică: apucarea obiectului și lansarea lui, precum și dezvoltarea abilității de manevrare.

Educarea senzațiilor tactile și kinestezice vizează trei aspecte de bază: acțiunea brațului, a mîinii și orientarea privirii în direcția spre care trebuie să fie lansat obiectul. Brațul are rolul de a imprima obiectului forța, viteza și direcția de deplasare, mîna reține obiectul pînă în momentul considerat optim pentru lansare, mîna contribuie și la asigurarea direcției de deplasare a obiectului.

Capacitatea de aruncare este dezvoltată prin intermediul mingilor. În acest scop, sînt folosite următoarele trepte metodice: aruncare prin rostogolirea mingilor medicinale din poziția așezat cu picioarele în abducție – copilul, cu ambele mîini pe minge, prin împingere, deplasează mingea spre terapeut; din poziția ghemuit, mingea plasată în fața picioarelor, prin împingere cu ambele mîini, deplasează mingea spre terapeut; din aceeași poziție, rostogolirea mingii se execută cu o singură mînă.

Din poziția stînd, mingea este apucată cu ambele mîini, rostogolirea mingii cu lansare de la nivelul bazinului; din stînd, lansarea prin rostogolire, cu o singură mînă; din stînd se oferă mingea cu ambele mîini, apoi cu o mînă; din stînd, pasează mingea cu ambele mîini de la piept; din stînd, ține mingea cu ambele mîini deasupra capului, pe care o lansează după o ușoară extensie a trunchiului și brațelor, urmată de aplecarea trunchiului spre înainte și lansarea mingii; din stînd cu piciorul opus brațului ce ține mingea, plasat cu o jumătate de pas mai în față, brațul este întins și dus ușor în extensie (spre înapoi) prin ducerea brațului spre înainte este lansat obiectul; din stînd, aceeași poziție ca mai sus, numai că, în timp ce brațul este dus în sus și spre înapoi, trunchiul execută o ușoară răsucire spre direcția brațului cu mingea, în momentul deciziei de a lansa mingea, concomitent cu mișcarea brațului se răsucesc și trunchiul, pentru a imprima mingii viteză și forță mai mare. Piciorul, care se află plasat în spate, se deplasează spre înainte pentru a asigura echilibrul corpului după aruncare.

*Greșeli frecvente:* împingerea prea puternică sau prea slabă a mingii determină fie depășirea prizei manuale a copilului, fie nu ajunge la un nivel corespunzător, pentru a fi prinsă; direcția de împingere este orientată prea oblic, ceea ce determină ca traiectoria mingii să se îndepărteze de copil.

Treptat, copilul dobîndește capacitatea de a conduce mingea cu o singură mînă, atît din poziție statică, cît și din deplasare.

Pentru a verifica modul în care s-a adaptat la condiții diferite de acțiune, copilul poate executa conducerea mingii avînd un partener, cu care să colaboreze sau să se întreacă, sub aspectul cine execută mai corect sau cine trece mai repede și fără greșeli printre niște jaloane etc.

### *Dezvoltarea abilității de manevrare*

În condițiile în care copilul a dobîndit capacitatea de a manevra cu ușurință și eficiență obiectele, poate fi orientat și spre efectuarea unor acțiuni, care să ateste adaptarea la solicitări din ce în ce mai diverse. În acest sens, se face trecerea la o nouă etapă, prin intermediul căreia se lărgeste sfera abilităților sale manuale.

Metodologia însușirii și perfecționării deprinderilor motrice, legate de aruncarea și prinderea obiectelor din diferite direcții și poziții, în condiții statice și dinamice, este deosebit de complexă și necesită perseverență. Pentru confirmare, în continuare, sînt prezentate, succint, cîteva exerciții, executate de copilul cu tulburări psihomotrice din pozițiile stînd și din mers.

*Poziția stînd.* Aruncarea și prinderea mingii pe verticală: aruncare și prindere cu ambele mîini; aruncare și prindere cu o singură mînă, alternare dreapta-stînga; aruncare cu o mînă și prindere cu ambele mîini; aruncare cu o mînă; în timpul zborului mingii copilul bate din palme, se poate răsuci dreapta-stînga sau în jurul axului propriu, înainte de a prinde mingea; aruncare cu o mînă, cu flexia și extensia genunchilor, înainte de a prinde mingea.

În aceste condiții, posibilitățile de schimbare a poziției corpului sînt destul de variate. Copilul trebuie să înțeleagă că lansarea mingii trebuie să fie efectuată cît mai sus, pentru a avea timpul necesar să execute acțiunea planificată.

*Poziția așezat.* Aruncare cu mîna dreaptă, prinderea mingii cu mîna stîngă și invers; aruncare mingii peste cap din lateral cu mîna dreaptă, pentru a fi prinsă de partea opusă direcției de aruncare cu mîna stîngă; aruncare în perete (oblic în sus) cu ambele mîini, prinderea, la început cu ambele mîini, apoi alternativ cu mîna dreaptă și cu mîna stîngă.

*Din mers și din alergare.* Aruncare și prindere cu ambele mîini; aruncare cu mîna dreaptă, prindere cu mîna stîngă; aruncare din lateral peste cap cu mîna dreaptă, prindere cu mîna stîngă; mers în echilibru pe banca de gimnastică, timp în care repetă aruncările și prinderile însușite; mers cu trecere peste 3-4 mingi medicinale, plasate la un interval, la început de doi pași, apoi de un singur pas; în timpul deplasării repetă procedeele exersate de aruncare și prindere; din ușoară alergare, se repetă toate procedeele de aruncare și prindere. Se atrage atenția că în aceste condiții mingea trebuie să fie aruncată în sus, dar și ușor în față.

*Aruncare la perete.* Aruncarea la perete cu ambele mîini și prinderea tot cu ambele mîini; aruncarea cu ambele mîini, prinderea alternativă cu mîna dreaptă, apoi cu stînga; aruncarea alternativă cu mîna dreaptă, prinderea cu aceeași mînă; se poate organiza aruncarea cu o mînă, prinderea cu cealaltă mînă. Pe măsură ce copilul



stăpânește bine acest procedeu, se mărește progresiv distanța de la care se execută aruncarea.

Așezat pe banca de gimnastică; cu picioarele în abducție la lățimea umerilor: aruncarea mingii spre sol cu ambele mâini, prinderea tot cu ambele mâini (mingea este apucată din lateral); se repetă acțiunea, dar se recomandă copilului să o împingă în podea cu o intensitate mai mare, pentru a putea prinde mingea cu palmele în formă de căuș (mingea revine de sus în jos); se ține mingea într-o mână, prin întoarcerea mînii cu fața palmară în jos, timp în care apasă mai tare pe minge și execută mișcarea folosită în dribling.

Aruncarea și prinderea mingilor pune în evidență capacitatea copilului de a-și coordona mișcările, de a menține sub control conștient activitatea segmentelor sale, de a se orienta în spațiu, de a menține un ritm corespunzător de lucru, de a păstra o ținută corectă și de a-și ameliora capacitatea de efort fizic.

### *Coordonarea acțiunilor proprii cu ale partenerului*

Prin acțiunile cu partener, se poate verifica modul în care copilul a înțeles, a recepționat, a dobândit și poate proba faptul că aruncarea și prinderea sînt deprinderi motrice, pe care le stăpînește și le poate utiliza.

În aceste condiții, terapeutul trebuie să aibă în vedere următoarele aspecte: posibilitatea ca partenerii să se accepte reciproc, fapt manifestat prin înțelegere și colaborare în timpul exercițiilor de prindere și aruncare, cu respectarea regulilor impuse, acestea constînd în: să-și păstreze locul de unde trebuie să arunce și de unde trebuie să pornească; să urmărească dacă partenerul este atent la acțiune, în momentul lansării obiectului; să respecte direcția de aruncare; puterea de aruncare să fie adaptată distanței dintre cei doi parteneri; iar în momentul în care se execută alternări ale procedurii de lansare, să fie anunțat partenerul ce formă execută (de sus, de la piept, prin rostogolire).

Atenția terapeutului trebuie să fie orientată, în principal, asupra greșelilor pe care unii copii le fac în timpul executării acestor deprinderi, cele mai frecvente manifestîndu-se sub următoarele forme: brațele rigide, prea mult întinse în înainte, palmele plasate față în față, mult depărtate și cu degetele în abducție; această poziție de așteptare pentru primirea mingii favorizează trecerea acesteia printre palme, fără a putea fi oprită; greutatea corpului lăsată mult în spate, pe călcîie, ceea ce poate conduce la pierderea echilibrului; trunchiul, uneori, prea mult aplecat înainte, iar privirea îndreptată în jos; în situația în care mingea este ținută în mână pentru a fi lansată, degetele pot fi încleștate, ceea ce determină reale dificultăți de eliberare a mingii, deși brațul execută acțiunea; sînt cazuri cînd mingea este eliberată înainte ca brațul să execute mișcarea de aruncare; în aceste condiții, mingea rămîne undeva în spatele copilului; cînd copilul nu poate aprecia corect distanța pînă la care trebuie să arunce mingea; cînd nu reușește să dozeze corect forța pe care trebuie să imprime mingii, pentru a ajunge la punctul stabilit.

### *Concluzii*

Organizarea și desfășurarea procesului de educare și reeducare psihomotrică, cu referire directă la coordonarea oculo-manuală, trebuie să fie orientate în raport cu

următoarele obiective: să se urmărească adaptarea treptată la solicitări, în funcție de posibilitățile motrice și psihomotrice ale copilului; după dobîndirea capacității de a executa mișcarea, atenția să fie orientată asupra corectitudinii, preciziei și eficienței în execuție; să fie alternat efortul cu odihna, cu preocuparea pentru reglarea respirației, ceea ce va conduce la adaptarea copilului la solicitări fizice mai mari.

### **Echilibrul și controlul postural**

Prin echilibru se înțelege menținerea centrului de greutate al corpului în interiorul poligonului de susținere.

Creșterea și dezvoltarea corpului sînt marcate de dezvoltarea simțului echilibrului, cît și de capacitatea de a orienta mișcările segmentelor în spațiu. Simțul echilibrului este complex și pune în raport poziția capului față de corp și a corpului față de mediul înconjurător.

Pe parcursul evoluției motorii a copilului, după Le Métayer (citată de F. Plas, E. Hagron, 2001, p. 53) se disting în mod clar următoarele stadii: al compensațiilor posturale; al reacțiilor de balansare alternativă a membrelor; al reacțiilor de pășire; al reacțiilor de săltare a bazinului; al reacțiilor de echilibrare/prevenire a căderilor.

Reacțiile de echilibrare depind, în mare măsură, de informațiile proprioceptive prezente în schemele motorii dinamice. Informațiile proprioceptive, alături de cele exteroceptive, vizuale, labirintice și auditive, sînt utilizate în funcție de schema de organizare corporală generală.

După M. Epuran (1976, p. 131), senzațiile de echilibru și de mișcare ale corpului sînt de mai multe feluri, în raport de axe și planurile fiziologice de mișcare: pe verticală, în mișcarea rectilinie sau rotatorie. Senzația de verticalitate și de înclinare a corpului informează scoarța asupra poziției capului și a corpului în raport cu linia verticală. Senzația apare după excitarea de către otolite a terminațiilor nervoase din urechea internă. Senzația de mișcare rectilinie este prea puțin resimțită la nivelul corpului, remarcîndu-se doar la începutul și la sfîrșitul unei mișcări sau atunci cînd viteza de mișcare variază. Senzația de rotație apare tot la începutul sau la sfîrșitul unei mișcări sau cînd se intercalează o accelerație sau un început de frînare. Atunci cînd mișcarea de rotație se prelungește, senzația percepută devine intensă, apar reflexe, mai puțin motorii și mai mult vegetative. Senzațiile astfel apărute sînt persistente, vertijul fiind caracteristic.

### **Echilibrul static**

Echilibrul static se realizează prin contracția unor grupe musculare ale trunchiului și membrele inferioare, în raport cu poziția corpului în spațiu. La aceasta contribuie activitatea coordonată de sistemul nervos central, în cadrul căruia intervin sistemul vestibular, sensibilitatea profundă conștientă și inconștientă, sistemul extrapiramidal și analizatorul vizual (Gh. Pendefunda, 1992, p. 25).

Sistemul vestibular culege informații referitoare la poziția corpului în spațiu. Sensibilitatea proprioactivă transmite informații cu privire la poziția segmentelor corporale și tot pe această cale se transmit stimulii declanșați de variațiile de presiune de la nivelul plantelor (tălpilor). Sistemul extrapiramidal intervine în controlul



contractției musculare, iar analizatorul vizual are rol în perceperea modificării relațiilor dintre corp și mediul înconjurător.

Centrul de greutate al corpului nu este compatibil cu cel al unui corp inert. El este permanent modificat prin mișcări oscilatorii discrete, ca urmare a unor contractii musculare inconștiente, aflate sub controlul sistemului senzorial. Mișcările generate de acest sistem, sub controlul motoneuronilor gama ( $\gamma$ ), se caracterizează prin mișcări oscilatorii în toate axele și planurile de mișcare.

În plan sagital, deasupra bazei de susținere, apar mici oscilații în față și în spate. Oscilațiile în plan anterior sînt mai ample, pe cînd cele posterioare sînt mai reduse. În plan frontal, deasupra bazei de susținere, apar oscilații laterale, de balans, însoțite și de trecerea greutății corporale de pe un picior pe celălalt. În plan orizontal, centrul de greutate al trunchiului nu se deplasează, ci doar oscilează în jurul propriei axe, în discuție fiind torsiunea trunchiului (R. Ducrequet, 1965, p. 32).

Atitudinea corporală, care se vrea corectă și simetrică, se constituie dintr-o obișnuință, dobîndită progresiv pe parcursul creșterii și dezvoltării copilului. Atitudinea normală se constituie pe o bază complexă și este înregistrată la nivelul centrilor ideo-motori sub forma unei „scheme de atitudine”. A. Lapierre (1976, p. 299) precizează că schema de atitudine constituie „reprezentarea mentală realizată de un subiect asupra echilibrului său general”. Ea va deveni, treptat, elementul de referință la care se va raporta în orice moment atitudinea corporală. Atitudinea normală este o abstracție, ca și cea a omului normal, totuși, în plan lateral, ea semnifică simetria corporală.

Din punct de vedere static, echilibrul poate fi considerat în limite normale, atunci cînd fiecare segment ocupă o poziție în limitele unui echilibru mecanic, ce păstrează centrul de greutate în interiorul poligonului de susținere. Prin poziție de echilibru mecanic se înțelege poziția în care verticala centrului de gravitate cade în interiorul poligonului de susținere. Această poziție este considerată ca o condiție *sine qua non* pentru echilibrul global al corpului, iar perturbarea echilibrului prin deplasări segmentare se poate amenda de o manieră eficientă, prin sistemul de compensare reciprocă, în planurile în care au loc: sagital sau frontal.

Sub raport psihomotoric, echilibrul de atitudine și de disponibilitate la solicitări externe exprimă comportamentul psihologic al persoanei, adică încrederea în sine, iar echilibrul psihic, dechiderea spre lume, disponibilitate în acțiune, într-o schemă de atitudine corect stabilită, componentă a schemei corporale generale.

### *Echilibrul dinamic*

La mișcările intenționale, în care se pune în discuție mișcarea corpului, de exemplu, locomoția, mișcarea va fi asociată cu reacții posturale, fenomene ce au fost considerate ca ajustări posturale anticipative.

În aceste condiții, membrele inferioare, bazinul și trunchiul sînt părțile corpului care se angajează în mișcare, în funcție de tipul de mișcare programat și de condițiile posturale ale acestui moment. În condițiile în care dezechilibrul este un fapt împlinit, reacțiile de adaptare devin tot mai ample, în principal la nivelul planului de sprijin podal, acestea fiind și la originea mecanismelor ce asigură translația centrului

de greutate în interiorul poligonului de susținere, cu scopul restabilirii stării de echilibru.

În timpul deplasării, segmentele corporale trebuie să se afle într-o poziție apropiată de cea de echilibru, păstrînd disponibilitatea de a putea fi mobilizate în orice direcție, atîta timp cît se află în echilibru. Această situație oferă disponibilitate pentru adaptare la orice fel de modalitate de deplasare, în timp ce mersul solicită și asigură perfecționarea simțului de echilibru, evidențiind, în același timp, capacitatea de coordonare a mișcărilor, de a le raporta la sine, cît și la mediul ambiant.

### *Echilibrul și controlul postural*

Activitatea omului este, în cele mai variate situații, desfășurată avînd ca suport un dezvoltat simț al echilibrului și o corectă dirijare a mișcărilor corpului în spațiu. Efectuarea mișcărilor, indiferent de orientarea lor, se află sub un permanent control al scoarței cerebrale, realizat prin intermediul simțului kinestezic și cel al echilibrului.

Simțul kinestezic informează scoarta despre poziția părților corpului, a mișcărilor segmentelor corpului și a rezistenței pe care o întîlnesc aceste segmente în mișcare sau rezistența pe care trebuie să o învingă prin mișcare.

Mișcărilor corpului sînt variate, fapt ce impune ca acestea să fie efectuate în condițiile în care centrul de greutate este menținut în interiorul poligonului de sprijin. Pozițiile pe care le adoptă trebuie să fie de așa manieră selecționate încît să ofere trunchiului și membrilor superioare posibilitatea de a acționa degajat, condiția fiind să-și păstreze centrul de greutate în interiorul poligonului de susținere.

Educarea și reeducarea simțului echilibrului și al orientării mișcărilor în spațiu „se pot realiza cu succes numai în măsura în care se ține seama de întregul complex al senzațiilor proprioceptive și exteroceptive de mișcare, chinestezice, de echilibru, tactile, vizuale, precum și de factorii interni care comandă declanșarea mișcării reprezentările și imaginile mișcărilor concrete care trebuie executate” ( M. Epuran, 1976, p. 133).

Atunci cînd în discuție este refacerea capacității de menținere a echilibrului, se pornește de la aserțiunea potrivit căreia „echilibrul se educă în condiții de dezechilibru”. La baza schimbării posturii sînt incriminate cauze interne sau externe.

Cauzele interne sînt puse în evidență prin intenția subiectului de a-și modifica postura prin schimbarea poziției trunchiului și a segmentelor sale. În acest context, cauza modificării posturii este una de natură voluntară, ceea ce nu conduce la pierderea echilibrului, centrul de greutate rămîne în interiorul poligonului de susținere. Cauzele externe sînt exprimate prin intervenția unor factori independenți de voința subiectului și care pot conduce la modificarea posturii trunchiului și segmentelor sale, ceea ce perturbă poziția generală a corpului, pînă la situația de pierdere a echilibrului.

Organizarea procesului de educare sau reeducare solicită terapeutului un plan de tratament, avînd la bază selecționarea sistemului de mijloace și a metodelor de acționare, pentru a satisface următoarele cerințe: stabilirea exactă a obiectivelor pe care trebuie să le realizeze în cadrul procesului de pregătire; determinarea particularităților motrice și psihomotrice ale copilului; structurarea sistemului de mijloace ce urmează a fi utilizat; gradul de dificultate a exercițiilor și condițiilor în care se



desfășoară procesul de pregătire; adaptarea sistemului de mijloace și metode la particularitățile de diagnostic, sex și la vârsta cronologică.

În condițiile în care atenția este orientată spre educarea pe plan psihomotric, obiectivele vizează: formarea abilității de redresare în condițiile de pierdere a echilibrului, ca urmare a intervenției unor factori externi; formarea deprinderii de a executa exercițiile de echilibru, începând cu mișcări din poziții joase spre cele înalte; de la analiza modului în care se execută unele structuri, la modul în care le poate verifica și valida; obișnuirea cu stabilitatea suprafeței de sprijin, apoi cu mobilitatea relativă a acesteia.

În condițiile organizării procesului de reeducare psihomotrică, se are în vedere: sistemul de mijloace să fie adaptat stării de disconfort a copilului; pregătirea copilului pentru a-l face să înțeleagă efortul pe care trebuie să îl depună, pentru refacerea potențialului său psihomotric; să se urmărească o strictă dozare și gradare, în special a tulburării sau dificultății recunoscute; atenție deosebită asupra modului în care copilul reușește, pe plan psihologic, să se integreze în sistemul de cerințe.

### *Structura sistemului de mijloace*

Formarea și dezvoltarea echilibrului se bazează pe acele procedee metodice, care conduc la mobilizarea atenției și la declanșarea unor reflexe tonico-musculare, care să determine redresarea corpului și a segmentelor sale, pentru a evita căderea.

Structurarea procedeeleor de lucru determină sistemul de măsuri pe care terapeutul trebuie să le aibă în atenție, atunci când planifică modul în care modifică condițiile de desfășurare a activității de pregătire în sensul: reducerii treptate a suprafeței de sprijin; ridicarea gradată a centrului de greutate al corpului în raport de suprafața de sprijin (din ghemuit pînă în stînd); modificarea poziției corpului cu menținerea proiecției centrului de greutate în interiorul poligonului de sprijin; modificarea înălțimii și lățimii aparatului (prin îngustare) schimbarea procedeeului de deplasare și a ritmului de execuție prin transportul unor obiecte (pe cap, pe umeri, în spate); creșterea treptată a unghiului de înclinare a aparatului pe care se execută deplasarea; introducerea unor obstacole ce trebuie depășite în timpul deplasării în echilibru; modificarea mobilității aparatului pe care se execută deplasarea; schimbarea sensului de deplasare (lateral, cu spatetele, cu întoarceri) și a modului de execuție (cu picioarele duse prin lateral, flectarea unui picior, mers în ghemuit); deplasarea cu ochii închiși și cu capul în extensie etc.

Indicații metodice: în cadrul activităților efectuate pe loc, pentru început, copilul este ajutat de către terapeut să execute mișcările care solicită menținerea echilibrului. Treptat, pe măsură ce copilul se obișnuiește și capătă încredere în sine, terapeutul limitează acest ajutor; în primul rînd, prezența sa alături de copil, cu brațele pregătite pentru a putea interveni în caz că situația o impune.

Această poziție a terapeutului trebuie să se constituie într-o formă de ajutor, întrucît copilul sesizează că nu este singur. Pe măsură ce copilul dobîndește capacitatea de a efectua cît mai corect acțiunile, terapeutul își menține doar prezența alături de copil, dar nu pierde din vedere principalele aspecte legate de menținerea echilibrului: se urmărește ca, în timpul efectuării exercițiilor de echilibru, copilul să mențină poziția de rectitudine a trunchiului, în care umerii să fie duși în ușoară

extensie; să se evite pierderea de către copil a echilibrului, întrucît se creează o stare de neîncredere și de reținere față de acest gen de activitate, cît și posibilitatea de a se accidenta.

### *Modalitățile de educare a senzațiilor plantare*

#### • **Poziția decubit**

Din decubit dorsal picioarele apropiate și flectate la nivelul genunchilor; brațele întinse, în ușoară abducție.

Acțiunea: ridicarea lină a bazinului de pe sol, cu sprijin pe cap și partea superioară a trunchiului cît și pe tălpile picioarelor.

Indicații metodice: se menține timp de 3-5 sec.; în timpul menținerii poziției de decubit dorsal, copilul încearcă să deplaseze tălpile înainte și înapoi fără a le ridica de pe sol; se ridică apoi alternativ piciorul drept apoi stîng; se execută pășirea cu piciorul drept apoi stîng pînă se ajunge în decubit dorsal cu picioarele întinse; cînd copilul ajunge la un nivel corespunzător de pregătire se poate încerca să revină, prin pași mici, în poziția inițială.

Decubit dorsal, picioarele flectate cu tălpile sprijinite pe perete, brațele întinse în ușoară abducție.

Acțiunea: prin deplasarea tălpilelor pe perete se urmărește să ajungă cît mai sus posibil.

Indicații metodice: deplasarea picioarelor se execută astfel: primul pas: călcîiul primului picior să fie plasat în dreptul scobiturii plantare a celui alt picior; acțiunea se repetă și cu celălalt picior; în timpul deplasării picioarelor, atunci cînd posibilitățile motrice ale copilului permit se poate executa și deplasarea trunchiului prin „jocul” omoplaților; se revine treptat, prin același procedeu la poziția inițială.

Decubit dorsal, brațele pe lîngă corp, palmele în pronație așezate pe sol, genunchii flectați, sub tălpi este plasat un baston de gimnastică.

Acțiunea: întinderea și revenirea picioarelor cu rularea bastonului sub tălpi.

Indicații metodice: rularea bastonului este realizată prin presiune ușoară cu tălpile; după ce copilul stăpînește procedeul, rularea se poate realiza prin apăsarea, din ce în ce mai puternică, asupra bastonului.

#### • **Poziția așezat**

Oferă condiții optime de prelucrare a labei piciorului, cu referire directă la formarea reflexului de sprijin plantar, dar și la asigurarea posibilității de a mobiliza pasiv și pasivo-activ această zonă. În acest sens se poate acționa prin: abducție și adducția labei piciorului; apăsări simultane sau alternative pe sol, cu călcîiele și cu vîrfurile piciorului; ușoare loviri alternative ale solului cu tălpile; rularea simultană și alternativă, călcîi, talpă, vîrf; cu cîte un rulo sub fiecare picior, se execută rulări simultane și alternative cu apăsare crescîndă pe fiecare picior; gamba în abducție, genunchii apropiați, apăsări pe partea internă a labei picioarelor; genunchii în abducție, tălpile apropiate, apăsări pe partea externă a labei picioarelor; tălpile pe sol, palmele așezate pe genunchi, deplasarea gambelor spre înainte prin pași mici, concomitent cu apăsarea tălpilelor în sol.



**Indicații metodice:** acțiunile vor fi executate la început în mod pasiv de către terapeut, pe măsură ce copilul se obișnuiește cu mișcările inițiate de terapeut, se trece la execuția individuală a fiecărei acțiuni mai sus prezentate; în acest sistem de mijloace mâinile au rolul de a susține mișcarea, de a o dirija, ca mai apoi să îngreuiereze posibilitatea de execuție.

### • Sprijin pe genunchi

Din cvadrupedie se face trecerea în sprijin pe genunchi și pe vârful degetelor de la picioare, după cum urmează:

- copilul coboară bazinul pînă ajunge pe gambe, timp în care îndreaptă trunchiul și duce brațele pe lîngă corp în jos, privirea îndreptată spre înainte, capul menținut pe verticală;
- din stînd pe genunchi, cu bazinul sprijinit pe călcîi și cu brațele pe șold, copilul va executa ridicarea în stînd pe genunchi, cu ducerea brațelor întinse în față. La următoarea repetare duce brațele fie în lateral, fie în sus;
- din stînd pe genunchi și pe călcîie cu brațele pe șold, copilul duce brațele în lateral, timp în care deplasează un picior întins în lateral. Repetă acțiunea și cu celălalt picior;
- din stînd pe genunchi și pe călcîie, duce brațele întinse înainte, timp în care duce un picior în față flectat din genunchi și revenire la poziția inițială.

**Indicații metodice:** se urmărește ca poziția capului și trunchiului să fie menținute în rectitudine; într-o etapă mai avansată de lucru se pot introduce unele modificări ale poziției trunchiului, cum ar fi răsuciri dreapta-stînga, aplecări, ușoare extensii.

### • Așezat, ridicare în stînd

- Așezat la marginea patului, picioarele atîrnînd ușor depărtate, mîinile apucă capetele unui cordon trecut pe după gîtul terapeutului.
- Terapeutul plasat în fața copilului cuprinde cu o mînă pe sub axilă umărul, cealaltă mînă o așază pînă ajunge cu tălpile pe sol, în acest moment mîna alunecă de sub axilă la baza toracelui, iar cealaltă mînă (care a fost plasată pe genunchi) se plasează tot la baza toracelui de partea opusă.

**Indicații metodice:** acțiunea este executată lent, se atrage atenția copilului să mențină ochii deschiși în timpul efectuării acțiunii.

### *Modificarea sistemului de sprijin, de la bipodal la unipodal*

Trecerea de la sprijinul bipodal la cel unipodal impune unele măsuri cu caracter metodic și practic.

La început, copilul este pregătit treptat pentru a menține poziția ortostatică, după care se asigură capacitatea de sprijin unilateral a corpului, terapeutul selecționînd acele mijloace care sînt în acord cu particularitățile individuale ale copilului.

Grupa exercițiilor de sprijin bipodal este utilizată pentru a obișnui copilul să-și poată transfera greutatea de pe un picior pe altul, cu sau fără intervenție din afară.

Stînd cu mîinile pe șolduri, picioarele depărtate, terapeutul plasat în spatele lui îl susține de sub axile. Se execută deplasarea sprijinului de pe un picior pe altul, timp în care piciorul pe care este transferată greutatea flectează genunchiul.

*Indicații metodice:* trecerea sprijinului de pe un picior pe altul se execută lent; trunchiul este menținut în ortostatism, iar privirea orientată spre înainte; în poziția de stînd inspiră, în fandare expiră.

Aceeași poziție fundamentală, numai că terapeutul aplică mîinile la nivelul bazinului. Copilul, cu picioarele depărtate la nivelul umerilor, apleacă trunchiul în față, ducînd în același timp brațele în lateral, capul în extensie, privirea înainte.

Stînd, cu picioarele ușor depărtate, pentru a menține o minge medicinală la nivelul genunchilor, brațele flectate, palmele pe șold. Terapeutul, în spatele copilului, îl susține de sub axile. Acțiunea: flectarea genunchilor concomitent cu ducerea brațelor în lateral, palmele în suprafață.

Stînd pe o minge medicinală cu genunchii flectați, palmele pe genunchi, terapeutul îl susține de sub axile. Acțiunea: întinderea picioarelor concomitent cu ducerea brațelor prin lateral în sus.

*Indicații metodice:* exercițiul se execută lent; privirea este menținută tot timpul spre înainte; flectarea picioarelor se execută cu sprijin pe toată talpa, iar după un număr de repetări sprijinul este pe vîrfurile picioarelor; înainte de începerea exercițiului se inspiră, iar la revenirea în poziția inițială se expiră.

Ca modalități de educare a sprijinului unipodal se pot utiliza următoarele exerciții:

- stînd sprijinit de masă sau spătarul unui scaun etc., ridicarea unui picior cu genunchiul flectat. Se solicită copilului să îl deplaseze în lateral, întins în față, apoi întins înapoi cu laba piciorului în flexie plantară;
- terapeutul este plasat fie în fața copilului cuprinzîndu-l pe sub axile fie lateral sau în spatele copilului;
- schimbarea poziției terapeutului este în funcție de planul în care copilul deplasează piciorul;
- din stînd, ridicare pe vîrfurile unui picior, piciorul liber se deplasează în toate planurile posibile;
- stînd pe un picior, mîinile sprijinite, trunchiul aplecat aplecat în față: deplasarea piciorului liber în lateral, concomitent cu răsucirea ușoară a trunchiului spre partea piciorului liber. Se repetă acțiunea și cu celălalt picior;
- stînd pe o minge medicinală; terapeutul îl susține de sub axile;
- deplasarea unui picior întins în față, în lateral, în spate, oblic înainte. Se asociază acestor mișcări și deplasarea brațelor simetric și asimetric cît și a trunchiului.

*Indicații metodice:* se urmărește reducerea treptată a sprijinului, terapeutul asigură asistența prin prezența sa în fața copilului, cu brațele pregătite pentru a interveni în caz că situația o impune.

În executarea mișcărilor de echilibru, se constată că se pot produce unele greșeli, ceea ce poate influența corectitudinea execuției, dar și menținerea unei stări de teamă, de reținere a copilului față de această formă de activitate.

În aceste situații, copilul orientează privirea în jos, în loc să fie îndreptată spre înainte. Acest fapt se motivează prin acțiunea unui copil, care flectează trunchiul mult



spre înainte, ceea ce determină deplasarea poziției centrului de greutate mult în afara punctului de sprijin.

Laba piciorului este proiectată fie în afară fie înăuntru, fapt ce determină oscilații ale trunchiului și deci posibilitatea de dezechilibrare.

Teama exagerată de a nu cădea și, mai ales, de a nu se lovi, perturbă buna desfășurare a procesului de educare a echilibrului.

*Indicații metodice:* În timpul desfășurării activității de educare, terapeutul pe lângă indicațiile pe care le oferă copilului, trebuie să facă aprecieri pozitive despre curajul copilului, despre cât de frumos execută acțiunile, ce progrese notabile a realizat. Este modalitatea de captare a atenției copilului asupra acțiunilor în curs de efectuare.

### *Trecerea de la echilibrul static la cel dinamic*

Activitatea cotidiană se caracterizează prin dinamism, condiție în care corpul este în situația de a se adapta permanent la solicitările mediului în care trăiește.

Dobândind ortostatismul, copilul cu tulburări și dificultăți psihomotrice manifestă dorința de a se deplasa, de a cuceri spațiul în care trăiește.

Echilibrul dinamic condiționează, de fapt, întreaga activitate motrică. Deprinderile motrice de bază, prin intermediul cărora sînt realizate relațiile cu mediul, se bazează, în marea lor majoritate, pe posibilitatea de a menține centrul general de greutate în interiorul poligonului de susținere. Consecințele unei dezechilibrări sînt dintre cele mai neplăcute pentru un copil cu tulburări sau dificultăți psihomotrice. În aceste condiții, educarea sau reeducarea echilibrului dinamic se constituie într-un obiectiv major al procesului de pregătire a copilului cu tulburări sau dificultăți psihomotrice.

Educarea și reeducarea echilibrului dinamic parcurg următoarele trepte metodice:

#### *• Deplasare pe sol cu menținerea direcției de înaintare*

Se trasează pe sol două linii paralele la 20-25 cm una de cealaltă. Copilul, plasat la un capăt al liniilor, trebuie să se deplaseze între cele două linii fără a le atinge cu picioarele. În timpul deplasării copilul merge pe toată talpa, apoi pe vârful picioarelor, cu mișcarea brațelor înainte, lateral, în sus.

*Indicații metodice:* pe măsură ce copilul reușește să execute cât mai corect deplasarea, crește dificultatea de execuție, introducînd deplasarea laterală, deplasare cu fandarea picioarelor, deplasare cu accentuarea rulării călcii, talpă, vîrf. Deplasarea se poate asocia și cu mișcări ale trunchiului (îndoiri laterale, aplecări și extensii, răsuciri) sau ale picioarelor (ridicarea genunchilor la fiecare pas, ducerea prin lateral a fiecărui picior care înaintează).

#### *• Deplasare pe sol cu modificarea direcției de înaintare*

Se trasează pe sol o linie dreaptă de 2-3 m; la capătul liniei se trasează pe sol 2-3 linii curbe. Copilul se deplasează pășind pe liniile trasate pe sol. La a doua repetare, deplasarea se execută în ghemuit, apoi deplasare cu brațele în lateral, înainte, în sus.

Se trasează pe sol un pătrat cu latura de 2 m, copilul pornește în mers, pe prima latură, deplasarea executându-se cu brațele în lateral; pe a doua latură deplasarea se face în ghemuit; în a treia latură prin fandare, iar în a patra latură deplasarea se efectuează lateral cu brațele în sus.

Se trasează două linii paralele la distanță de 1 m, capetele sînt unite cu două linii curbe (lungimea liniilor: 2-3 m) Copilul se deplasează pe una din linii, mergînd pe vîrfuri cu brațele înainte; pe latura curbă se deplasează prin mers lateral; pe cea de-a doua latură, de întoarcere, deplasarea se execută prin fandare înainte, iar pe a doua curbă, ultima, deplasarea se face cu trunchiul aplecat, privirea înainte.

#### • *Deplasare pe un plan ridicat*

Se folosește o scîndură lată de 20-25 cm, lungă de 2,5-3 m și plasată la o înălțime de 20-30 cm.

Mers pe toată talpa cu brațele întinse în față, la capătul scîndurii se execută o întoarcere prin pași mici și revenire la locul de unde a plecat prin mers pe vîrfuri, palmele pe șold.

Mers cu ușoară fandare, palmele pe șold, la capătul scîndurii se execută întoarcerea prin pași mici, revenire la locul de unde a plecat prin mers ghemuit.

*Indicații metodice:* urcarea pe scîndură se face prin pășire, iar coborîrea prin ușoară săritură în adîncime cu îndoirea genunchilor, palmele sînt așezate pe sol; la primele încercări terapeutul parcurge traseul alături de copil, pentru a evita manifestările de teamă.

#### • *Deplasare pe un plan înclinat*

O scîndură lată de 20-25 cm, sprijinită cu un capăt pe un suport rigid la înălțimea de 35-40 cm, celălalt capăt pe sol.

Mers în echilibru cu brațele ușor depărtate și întinse spre în jos, pășind pe toată talpa, la capăt se execută o întoarcere lentă de  $180^0$  și coborîre cu ducerea brațelor oblic în sus.

Mers în echilibru pe vîrfurile picioarelor, cu brațele în lateral; coborîrea se execută cu palmele pe șold, pășind pe călcîi, talpă, vîrf.

#### • *Deplasare cu micșorarea suprafeței de sprijin*

Se utilizează, în principal, partea îngustă a băncii de gimnastică.

Mers pe partea îngustă a băncii de gimnastică cu deplasarea brațelor: înainte, lateral, în sus, cu repetarea mișcării brațelor pe tot parcursul deplasării.

Mers în lateral, cu pas adăugat și cu brațele în lateral, deplasarea se execută pe vîrfurile picioarelor.

*Indicații metodice:* pentru început, copilul este îndrumat ca atunci cînd deplasează piciorul liber dinspre înapoi spre înainte, cu partea internă a labei piciorului să atingă ușor suprafața de sprijin, pentru a reuși să-și controleze echilibrul.

#### • *Deplasare cu transport de obiecte*

Mers pe partea lată a băncii de gimnastică, transportînd două mingi medicinale ținute sub braț, la întoarcere le transportă pe umăr.



Mers transportînd un scăunel, pe care îl ține în față la nivelul pieptului; la întoarcere îl plasează în spate; deplasarea se execută în prima parte pe vîrfuri, iar la întoarcere în mers fandat înainte.

Mers trasportînd o minge medicinală pe cap; deplasarea se execută prin pas adăugat, în lateral, la întoarcere mers ghemuit cu transportul mingii la nivelul cefei.

Banca de gimnastică cu partea îngustă în sus, sprijinită pe un suport cu o mică denivelare, mers cu două mingi medicinale mici, transportate sub axile/brațe.

### *Indicații metodice cu caracter general*

Treptele metodice prezentate au ca obiectiv creșterea gradată a sistemului de cerințe. În aceste condiții, fiecare treaptă pe care copilul o parcurge și reușește să o înțeleagă și să o execute cu destulă ușurință și eficiență este considerată că a contribuit la adaptarea copilului la solicitări.

Se trece la următoarea treaptă numai după ce copilul execută corespunzător procedeul precedent. În aceste condiții, copilul va putea stăpîni mecanismele de bază pe care se clădesc componentele treptei următoare.

Gradul de dificultate al fiecărei trepte este de natură să stimuleze dorința copilului de a acționa cît mai bine și în deplină siguranță. Terapeutul trebuie să-i explice copilului că greșelile în execuție din cadrul unei trepte se constituie în dificultate mai mare în treapta următoare.

Eșalonarea sistemului de mijloace, care vor conduce la dezvoltarea echilibrului static și dinamic la un copil cu tulburări sau dificultăți psihomotrice, trebuie să fie în acord strict cu nivelul motric și psihic înregistrat la momentul începerii procesului de reeducare.

Ca elemente de evaluare a randamentului procesului de reeducare psihomotrică, accentul se pune pe modul în care copilul și-a însușit procedeul de deplasare în echilibru, dar și pe dezvoltarea încrederii în posibilitățile sale. La copiii care depășesc vîrsta de 10 ani, pe lîngă însușirea procedeului impus, se urmărește și modul în care se integrează socio-familial.

Pentru copiii cu tulburări psihomotrice mai accentuate, acțiunile de educare a echilibrului au drept cerință de bază însușirea temeinică a mersului. La început, acțiunea se desfășoară cu o bază mai largă de susținere pentru ca, în final, să se obțină și ameliorarea mersului. (Abia în acest moment se poate apela la formele gradat ascendente prezentate în această lucrare.)

Utilizarea sistemului de mijloace îl obligă pe terapeut să gradeze de așa manieră efortul, încît copilul să reușească să-și formeze treptat abilitatea de a se adapta la solicitări.

În acest sens, terapeutul îl obișnuiește pe copil să-și mențină corpul într-o poziție statică, care să nu fie perturbată de unii factori externi sau interni. Starea de imobilitate, pentru un copil cu tulburări psihomotrice, este destul de dificil de menținut și totuși terapeutul recurge la acest procedeu, pentru a pune copilul în situația de a înțelege ce este echilibrul static și cum trebuie să se adapteze acestei cerințe.

Trecerea treptată de la echilibrul static la cel dinamic trebuie să se bazeze pe posibilitatea copilului de a se deplasa în mod corect, de a face față la schimbarea

poziției corpului fără a-și pierde echilibrul, de a găsi resursele motrice și psihice de redresare în condițiile unei dezechilibrări neprevăzute.

Echilibrul dinamic solicită, pe lângă efortul muscular de a realiza această formă de activitate, și pe cel psihic, pentru a reuși să se integreze în sistemul de solicitări impus de această activitate.

Adaptarea copilului trebuie să vizeze și acele aspecte în care se impune participarea sa pentru a realiza un anumit obiectiv. Pregătirea pentru activitățile în grup necesită o metodologie de lucru mai deosebită, care impune trecerea treptată de la cele mai simple forme de cooperare, la cele care necesită relații colective de colaborare cât mai perfectă între parteneri.

### Postura

Prin definiție, postura reprezintă diversitatea de poziții pe care capul, trunchiul și membrele le pot lua în condiții statice sau dinamice. Omul are posibilitatea de a adopta o mare varietate de posturi. Acestea se exprimă, în fapt, prin poziția relativă a segmentelor sale, care se plasează în raport cu atitudinea corpului, ca întreg.

Stațiunea verticală (bipodală) reprezintă atitudinea de referință a speciei umane și se caracterizează prin poziția segmentelor corporale, care, cu excepția labelor picioarelor, se află pe același plan vertical, la fel ca și curbările coloanei vertebrale (cervicală, dorsală și lombară).

Este bine de precizat că, în principal, condițiile interne pe care se asigură postura sînt cenzurate de către forțele externe, ambele aflate la originea reacțiilor posturale, care se opun dezechilibrului.

Menținerea posturii de stînd în picioare, adică a ortostatismului, situație în care corpul este în echilibru, este posibilă numai dacă poziția centrului de greutate se găsește în interiorul poligonului de susținere, oricare ar fi solicitarea de mișcare, liniară sau curbă.

Reacțiile posturale permit ființei umane să-și asigure echilibrul, să-l redobîndească, urmare a angajării reflexe a grupelor musculare, activate de sistemul fuzorial al măduvei spinării.

Postura în picioare, zisă „comodă”, este considerată drept „postură de referință”, care, împreună cu cele derivate, se constituie ca reacții de poziționare antigravitațională, în condițiile în care toate aceste posturi au la bază același sistem esențial de susținere (de sprijin sau de apăsare).

### *Menținerea posturii în picioare*

Poziția standard de stînd în picioare, după concepția majorității autorilor, este următoarea: labele picioarelor cu călcîiele lipite și deschidere anterioară de 30°; membrele superioare întinse pe lângă corp în mod natural; privirea fixată înainte pe orizontală; musculatura corpului cât mai relaxată. Poziția centrului de greutate raportată la dispoziția segmentelor libere este unanim acceptată, se situează pe linia mediană a poligonului de susținere, cu 5 cm în fața reliefului uman al maleolelor interne.

Echilibrul postural este strîns legat de cunoașterea și reprezentarea propriului corp, cu precădere ale schemei corporale și ale lateralității emisferice.



### *Stabilitatea posturii*

Stabilitatea posturii reprezintă un obiectiv major al procesului de instruire. Condițiile interne sau externe pot influența negativ stabilitatea posturii. Cunoașterea modului în care se produc posturile oferă condiții optime de aplicare a modalităților de menținere a echilibrului.

Perturbările posturale determină, pe cale reflexă, un răspuns muscular compensator, de ajustare posturală. De exemplu, dacă sprijinul se deplasează către spate, va rezulta o forță din sens opus, adică din față, care va acționa asupra centrului de greutate, cu scopul de a-l readuce la poziția lui normală.

Păstrarea echilibrului în cadrul unei posturi impune ca o „forță și un moment compensator” să se opună acțiunii de dezechilibrare.

Perturbarea posturală de mică valoare este reechilibrată prin intrarea în joc a grupelor musculare întinse sau a ligamentelor, care se opun dezechilibrului.

La perturbările posturale care modifică poziția de echilibru prin oscilații mai ample, prin acțiunea buclei gama, intră în acțiune grupele musculare, care vor ajusta, vor frâna și vor restabili postura inițială.

În condițiile unor perturbări majore, din cauza cărora se poate pierde total echilibrul, au loc reacții stabilizatoare, caracterizate prin mișcări globale ale corpului, în principal ale membrelor inferioare, care vor acționa prin pași, pînă se asigură o poziție stabilă, ce nu trebuie să fie, neapărat poziția inițială.

### *Reacțiile posturale în relație cu mișcările voluntare*

Reacțiile posturale preced, însoțesc și urmează activitățile mușchilor implicați în execuția mișcărilor voluntare. De fapt, toate mișcările voluntare au ca punct zero o anumită postură, de la care se pornește, pentru a performa structura motrică propusă. Concomitent, în corp iau naștere și unele forțe de frînare, care vor opri sau vor echilibra, la momentul potrivit, mișcarea sau forțele perturbatoare, asigurînd starea de echilibru postural.

Tonusul de postură poate fi considerat o formă de contracție statică. El reprezintă „forța țesăturii de fond a activității motrice și posturale, pregătind mișcarea, fixînd atitudinea, susținînd gestul, menținînd statica și echilibrul”.

Există situații în care reacțiile posturale apar și ca urmare a unui stimul senzorial. În aceste condiții, reacțiile nu sînt rigide, fapt demonstrat și prin flexibilitatea și adaptabilitatea lor.

### *Prevenirea tulburărilor de echilibru*

Paleta deprinderilor motrice și a întregului bagaj de mișcări pe care copilul le dobîndește se clădește și pe un dezvoltat simț al echilibrului. Dezvoltarea capacității de adaptare a organismului la mediul în care trăiește se realizează prin „colaborarea mai multor simțuri – simțul echilibrului și al orientării mișcării corpului în spațiu cu simțurile chinestezic, vizual și tactil” (M. Epuran, 1976, p. 131).

Efectuarea mișcărilor, în situații simple, nu necesită concentrarea atenției asupra menținerii echilibrului, deși copilul cu tulburări psihomotrice trebuie să fie atenționat asupra modului în care se orientează în spațiu și a manierei în care menține

corpul într-o poziție corectă. Pornind de la aceste considerente, este necesar a selecționa un sistem de mișcări care, prin structura lor, prin organizarea sistemului de acționare, să-l conducă pe copil la dobîndirea capacității motrice pentru a asigura corpului stabilitatea și forța necesare pentru a reuși; ca în condiții simple sau neobișnuite să-și mențină corpul în echilibru.

În procesul de educare sau reeducare psihomotrică, terapeutul trebuie să acorde o atenție deosebită aspectelor legate de protecția copilului. În primul rînd, trebuie să-i acorde asistență în cazul efectuării unor exerciții care, prin structura lor, pot fi generatoare de momente mai dificile. În al doilea rînd, trebuie să mențină sub control fiecare acțiune, fie ea ușoară sau dificilă, pentru a se asigura că nivelul de pregătire pe plan motric a ajuns la un grad de stabilitate care să-i permită copilului să execute și unele mișcări mai complicate. În al treilea rînd, trebuie să acționeze în direcția „înzestrării” copilului cu modalitățile practice prin intermediul cărora să poată acționa pentru a evita unele manifestări neplăcute generate de cădere.

Căderea este unul dintre cele mai neplăcute momente pe care un copil cu tulburări psihomotrice le poate suporta. Acest copil înregistrează destul de anevoios unele manifestări corecte din cadrul procesului de formare a deprinderilor motrice, dar este destul de receptiv la acele acțiuni care îi produc o stare de teamă sau de durere. În aceste condiții, terapeutul, în momentul în care alcătuiește programul de lucru pentru un copil cu tulburări psihomotrice, trebuie să aibă în vedere ca sistemului de mijloace prin intermediul cărora acționează să vizeze: tonifierea grupelor musculare, corectarea componentelor de bază ale psihomotricității, cît și însușirea unor tehnici de evitare a căderilor și de ridicare din cădere.

### Exerciții pregătitoare

Copilul este așezat pe banchetă, cu gamba în atîrnat, brațele întinse, înapoi sprijinit. Terapeutul se plasează în fața copilului, cu palmele îi sprijină gleznele. Se execută mobilizări pasivo-active și active cu rezistență, urmărind gradarea efortului în funcție de posibilitatea copilului. Acțiunile sînt de flexie-extensie, abducție, adducție, rotație internă și externă și circumducție.

Copilul așezat pe banchetă, tălpile pe sol, acțiunea are rolul de a consolida reflexul de sprijin plantar și de a învinge rezistența opusă de terapeut prin abducția și adducția labei piciorului. Să se execute apăsări simultane și alternative pe sol, cu călcîiele și cu vîrfurile piciorului, cît și ușoare loviri alternative ale solului cu tălpile. Se vor executa rulări alternative și simultane călcîii, talpă, vîrf; cu cîte un rulou sub fiecare picior și cu apăsări crescînde pe fiecare picior (ruloul trebuie să fie rigid). Gamba în abducție, genunchii apropiați, apăsări pe partea internă a labei piciorului. Se pot executa și apăsări pe călcîiul și vîrfurile părții interne a piciorului. Genunchii în abducție, tălpile apropiate, apăsări pe partea externă a labei picioarelor. Se pot executa și apăsări pe călcîi, partea externă și vîrfurile piciorului. Acțiunea poate fi executată alternativ și simultan cu ambele labe ale picioarelor.

Copilul, după ce dobîndește capacitatea de a executa acțiunile cît mai corect, așază palmele pe genunchi și exercită apăsări constante asupra picioarelor pentru a determina ca picioarele să învingă o rezistență din ce în ce mai mare.



• *Ridicare în stînd din poziția așezat*

Din poziția așezat, pe un taburet, cu picioarele ușor depărtate, tălpile pe sol, cu o minge medicinală (2-3 kg) menținută la nivelul bazinului, prin ușoară înclinare a trunchiului înainte să se ridice în poziția stînd. Aceeași poziție inițială, numai că în timpul înclinării trunchiului înainte, mingea este ridicată pînă la nivelul pieptului, cînd a ajuns în poziția stînd, mingea este dusă pe cap și se execută deplasare spre înainte și în lateral cu pași adăugați.

• *Exerciții de dezechilibru dirijat\**

Din stînd cu mîinile plasate pe un scaun sau pe o stînghie de la scara fixă, picioarele ușor depărtate, terapeutul plasat în spatele copilului cu mîinile cuprinde din lateral bazinul, imprimă deplasări ale acestuia: înainte, înapoi, lateral dreapta, lateral stînga.

Din stînd, cu picioarele ușor depărtate, mîinile pe șold, terapeutul plasat în spatele copilului, mîinile plasate pe umerii acestuia<sup>†</sup>: prin schimbarea poziției umerilor, copilul trebuie să deplaseze bazinul în sens invers pentru a-și menține poziția în echilibru.

• *Schimbarea centrului de greutate*

Stînd, cu mîinile sprijinite pe scara fixă sau spătarul unui scaun, cu picioarele în abducție (mai mult decît lățimea umerilor): flectarea genunchiului drept cu trecerea greutății pe acest picior, revenire în stînd; flectarea genunchiului stîng cu trecerea greutății pe acest picior, revenire în stînd.

Stînd, palmele pe șold, fandare spre dreapta (cu ducerea piciorului drept în lateral) și transferul greutății pe acest picior, prin împingerea energică în piciorul drept corpul se deplasează spre cel stîng; se repetă acțiunea și cu piciorul stîng. Din aceeași poziție, se execută fandarea spre înainte și revenire la poziția inițială; se execută fandarea pe piciorul drept, cu trecere în fandare pe piciorul stîng fără a mai trece prin poziția stînd.

*Recomandări:* ducerea piciorului în lateral se execută la început cu amplitudine mică, pe măsură ce dobîndește capacitatea de orientare și de stăpînire a corpului, cît și forța necesară pentru ca revenirea la poziția inițială, fandarea este de o amplitudine din ce în ce mai mare.

• *Exerciții de echilibru unipodal*

Stînd cu un picior pe o minge medicinală mare, terapeutul, plasat în față, îl apucă de mîini, copilul execută deplasarea unui picior înainte, înapoi, în lateral dreapta și în stînga; se repetă acțiunea și cu sprijinul pe celălalt picior.

*Recomandări:* la început, sprijinul este asigurat pentru ambele mîini, după un timp se trece la sprijin pe o singură mînă, ca mai apoi acțiunea să fie executată fără sprijin. Atenție asupra direcției în care privește copilul (de obicei copilul privește în

\* Indicații metodice: la început, dezechilibrarea este de mică amplitudine; copilul este avertizat de direcția în care trebuie să deplaseze bazinul sau umerii; la primele încercări, baza de sprijin este cu picioarele mult în abducție pentru ca treptat să stea cu picioarele apropiate.

† Se poate exersa și deplasarea unui picior pentru a mări suprafața de susținere, dar va fi de sens contrar direcției de deplasare a bazinului sau umerilor. Se execută acest procedeu numai după ce copilul a dobîndit un grad de libertate mai mare în mișcări.

jos în loc să privească în sus și înainte), laba piciorului este proiectată mult înainte sau în lateral, determinând oscilații ale trunchiului, se întâlnește o frecventă teamă de a nu cădea, ceea ce conduce la dificultăți de organizare. Se insistă pentru a trece peste această stare de reținere.

Stînd cu o minge medicinală în mîini (1-2 kg), aplecarea trunchiului spre înainte, concomitent cu deplasarea piciorului drept spre înapoi în sus și plasarea mingii pe sol, revenire în poziția inițială. Se repetă acțiunea cu piciorul stîng, numai că la revenire în poziția stînd este ridicată mingea.

Stînd cu o minge medicinală plasată la nivelul vîrfului picioarelor, ducerea brațelor prin înainte în sus, concomitent cu flectarea piciorului drept din genunchi spre înainte în sus, aplecarea trunchiului spre înainte cu brațele în jos unde plasează mingea pe sol, piciorul flectat din genunchi este dus spre înapoi în sus; revenire în poziția stînd.

Stînd cu un baston în mîini apucat, se ridică brațele spre înainte în sus, concomitent cu ridicarea unui picior flectat din genunchi, se coboară brațele pentru a trece piciorul peste baston, revenind în poziția stînd, timp în care este eliberat un capăt al bastonului; se repetă exercițiul și cu celălalt picior.

### *Echilibrul dinamic*

Deplasarea pe săculeți de nisip sau pe cuburi din lemn (de diferite mărimi) permite o bună adaptare la mers în echilibru.

Sub raport metodic, la început, distanța dintre săculeți este la nivelul unui pas normal, pentru ca, treptat, această distanță să fie micșorată; cînd copilul s-a obișnuit să execute și acest tip de pași, fără a-și pierde echilibrul, se trece la creșterea distanței dintre săculeți, modificîndu-se poziția lor față de linia mediană, ceea ce îl va determina să execute pașii în ușoară lateralitate.

Ca modalități de lucru, legat de mers, se pot utiliza următoarele procedee: mers cu oprire la semnal; mers cu pași laterali; mers cu trecere peste mingi medicinale mai mari decît săculeții cu nisip; mers fără a privi în jos; mers cu ochii închiși pe o linie dreaptă trasată pe sol, la oprire deschide ochii și umărește traseul pe care l-a realizat; mers pe banca de gimnastică cu creșterea treptată a înălțimii unui capăt al băncii; mers pe partea îngustă a băncii de gimnastică cu ajutor (terapeutul îl conduce ținîndu-l de o mîină); mers pe banca de gimnastică cu pășirea pe sau peste săculeții de nisip; mers cu transportul unor săculeți cu nisip pe cap.

Pentru a lărgi sfera de înțelegere a acțiunilor pe care le execută, se cere copilului să verbalizeze fiecare mișcare, cu precădere cele legate de: menținerea corpului într-o poziție corectă, modul în care execută pașii, cum transportă obiectele și ce simte în timpul transportului; ce părere are despre cum își menține echilibrul; care este momentul cel mai dificil din timpul executării exercițiilor (este de la sine înțeles că se cer explicații simple, la nivelul de percepere a acțiunilor pe care le execută).

Mersul este acțiunea prin care se pot cel mai bine educa senzațiile plantare, întrucît copilul este în situația de a rula călcîii, talpă, vîrf.

### *Exerciții pregătitoare pentru învățarea căderii*

Este modalitatea de a preveni dezechilibrul prin acțiuni, în care copilul, deși pus în situația de a se dezechilibra, trebuie să acționeze pentru a realiza corect acți-



unea. În acest sens se folosesc săculeții cu nisip, mingi medicinale sau cuburi din lemn de diferite dimensiuni.

Din stînd, flectarea rapidă a genunchilui cu așezarea palmelor pe sol, urmată de ridicarea lentă.

Din stînd, ușoară săritură pe loc, la aterizare, flectarea genunchilor, palmele pe sol, flectarea coatelor și atingerea solului cu genunchii. Îndreptarea se execută printr-o împingere puternică în palme și picioare pentru a reveni în stînd.

Din stînd, ușoară săritură pe loc, la atingerea solului se flectează genunchii, pînă ajung pe sol, palmele sînt plasate pe sol în partea dreaptă a genunchilor, se flectează coatele pînă ce coapsa din partea dreaptă atinge solul. Se cere copilului să plaseze brațele cînd spre dreapta, cînd spre stînga, pentru a putea fi pregătit pentru o eventuală cădere fie într-o parte, fie în cealaltă. Revenirea în poziția de stînd se execută prin împingere în brațe, revenire în sprijin pe genunchi și apoi ridicare în stînd.

Din stînd, pe un grup de 3-4 săculeți cu nisip plasați unul peste altul, se execută săritură în adîncime, la contactul cu solul, care este luat cu vîrfurile picioarelor și cu flectarea genunchilor, palmele așezate pe sol lateral stînga sau dreapta, trunchiul ușor aplecat spre înainte. Se repetă exercițiul de mai sus, numai că la contactul cu solul a genunchilor se continuă mișcarea pînă cînd și bazinul atinge solul.

Stînd pe banca de gimnastică, săritură în adîncime, contactul cu solul este luat cu vîrfurile picioarelor ușor depărtate, se flectează genunchii, palmele pe sol plasate în dreapta sau în stînga, se flectează brațele la nivelul coatelor, urmînd contactul cu solul al coapsei și al trunchiului pe partea dreaptă sau stîngă.

Însușirea secvențială a căderii prezintă cele mai mici riscuri întrucît contactul cu solul, fiind luat în lateral, de o manieră rulantă, în care musculatura este cît mai relaxată, asigurată prin succesiunea: gambă, coapsă, bazin, partea latero-dorsală a trunchiului, această formă ar deveni varianta de cădere cel mai puțin riscantă. Învățarea căderilor cu „încetîtorul” este singura cale de a asigura reușita deplină, mai ales în condițiile în care se urmărește ca această acțiune să fie programată în cadrul procesului de educare sau reeducare a copilului cu tulburări psihomotrice.

Este important ca, în cadrul procesului de învățare a căderilor, copilul să fie obișnuit ca, după ce a luat contactul cu solul, să nu încerce să se ridice imediat. Trebuie să stea un moment să analizeze poziția corpului și a segmentelor. Acest moment de „pauză” este foarte important întrucît, în cădere, nu pot fi controlate corpul sau segmentele, situație în care, stînd și analizînd cum sînt situate pe sol părțile corpului, copilul poate să prevină unele accidente, urmare a forțării acestor părți. Este indicat să-l obișnuim pe copil ca, treptat, să simtă cum sînt poziționate segmentele în raport cu poziția corpului, după care poate lua decizia de a se ridica.

Însușirea acestui procedeu este mai ușor de realizat în condițiile exersărilor din poziția statică decît în situația acțiunilor dinamice. În general, procedeele de cădere sînt mai dificil de însușit de către copilul cu tulburări psihomotrice și totuși încercările și programarea metodică a acestor modalități de prevenire a accidentelor sînt de natură să formeze o imagine de ansamblu asupra posibilităților de a preveni căderea sau de a cădea fără a avea efecte dintre cele mai neplăcute.

La acești copii, dificultățile sînt generate de teama de a nu-și pierde echilibrul și de dificultatea de a coordona segmentele în raport cu trunchiul, deși terapeutul îi asigură cele mai potrivite condiții pentru a evita contactul dur cu solul.

Problematica căderii este strîns legată de capacitatea copilului de a-și menține echilibrul, atît în poziție statică cît, mai ales, în cea dinamică.

### *Educarea căderilor din mers*

A exersa căderea din mers impune o pregătire temeinică în direcția însușirii componentelor de bază care să-i permită copilului să lege într-un tot unitar secvențele pe care le-a repetat de mult timp. În această situație, terapeutul sporește măsurile de protecție pornind de la centura de siguranță care are o prelungire de 1 m, de capătul căreia terapeutul apucă atunci cînd condițiile o impun, un grup de saltele, genunchire și apărători pentru coate.

Pe sol sînt plasați 1-2 săculeți cu nisip care conduc la dezechilibrarea copilului. Din mers, copilul calcă pe săculeții cu nisip, ceea ce îl determină să se dezechilibreze, moment în care flectează genunchiul piciorului care a pășit pe săculeț, duce brațele înainte flexîndu-le din coate, urmat de contactul coapsei și al bazinului cu solul, pregătind contactul părții latero-dorsale a trunchiului. Piciorul liber, opus celui care a determinat dezechilibrarea, este dus în lateral, fiind ridicat de la sol.

Această acțiune globală este secvenționată în trei componente: se exersează flectarea genunchiului și ducerea brațelor spre înainte și în lateral, palmele pe sol; se flectează coatele, timp în care coapsa și bazinul iau contact cu solul; se rulează partea latero-dorsală a trunchiului. Urmează momentul de analiză a poziției corpului pe sol, după care se solicită copilului să se ridice în stînd.

Exersarea căderii din mers se execută alternativ pe partea dreaptă, apoi pe partea stîngă, condiție în care piciorul care calcă pe săculețul cu nisip va fi piciorul stîng.

Treptat, se reduce numărul de saltele, ajungînd la exersare pe sol, cînd atenția terapeutului pentru protejarea copilului trebuie să fie din ce în ce mai consistentă.

Apare ca o necesitate ca fiecare componentă a căderii să fie bine pregătită, ceea ce va determina încrederea pe care copilul o dobîndește în acțiunile sale și, ceea ce este cel mai important, va conduce la siguranța acțiunilor și la corecta lor desfășurare.

### **Coordonarea dinamică generală**

Orice act motor are drept finalitate un obiectiv concret, prezentîndu-se în ansamblu ca o succesiune de măsuri, vizînd realizarea într-un mod cît mai eficient a acestui obiectiv (R. Manno, 1993, p. 135).

Actul motor, înainte de a fi realizat în mod efectiv, se bazează pe un proiect inițial întocmit mental de către subiect, prin care sînt rememorate principalele momente ale structurii actului motric. Urmează angajarea volițională ca declanșator al efortului fizic și psihic, ce va finaliza desfășurarea acțiunii propuse.

Analiza modului în care a fost executat actul motor relevă că între proiectul acțiunii și realizarea lui practică apar unele diferențe, determinate de lipsa de experiență motrică a subiectului, de particularitățile restantului său funcțional și de natura efortului. Cu timpul, ca urmare a repetării metodice a actului motric propus,



subiectul dobîndește siguranță și precizie în execuție, ceea ce conduce, în final, la automatizarea lui. Repetarea actului motric este condiția ce va asigura armonizarea proiectului cu realizarea lui practică, asigurînd, în final, coordonarea mișcărilor.

Coordonarea, la rîndul ei, asigură condițiile necesare pentru o execuție cît mai exactă a modelului motric conceput, avînd la bază precizia informațiilor provenite de la analizatori, a căror integritate și nivel de pregătire au un rol determinant. Prin coordonare se înțelege combinarea activității unui număr de mușchi în cadrul unei scheme de mișcare continuă, lină, executată în condiții normale (T. Sbenghe, 1987, p. 287).

Educarea sau reeducarea capacității de coordonare a mișcărilor, indiferent de orientarea lor (deprinderi motrice de bază sau aplicative, variabilități motrice automatizate din cadrul activităților sportive) parcurg, după Blume (citad de Manno, 1987, p. 140), următoarele coordonate: capacitatea de armonizare a mișcărilor; capacitatea de organizare și orientare spațio-temporală a mișcărilor; capacitatea de echilibru; capacitatea de reacție motrică; capacitatea de transformare a mișcării; simțul ritmului.

Analiza acestor componente este de natură să pună în valoare modul în care trebuie acționat, pentru a reuși ca procesul de educare sau reeducare psihomotrică să fie orientat în acord cu aceste structuri. În aceste condiții, se asigură posibilitatea ca deprinderile motrice de bază și cele aplicative să atingă parametri operaționali cît mai apropiați de limita normalului, în situația diagnosticării unor tulburări psihomotrice.

După M. Epuran, (1976, p. 96), deprinderile sînt componente ale activității voluntare care, prin exersare, ating un nivel înalt, pe baza indicilor execuției (coordonare, precizie, viteză, ușurință, automatizare). Mecanismul fiziologic al deprinderilor constă în activitatea de ansamblu a scoarței cerebrale, potrivit legilor interacțiunii celor două sisteme de semnalizare, formării reflexelor condiționate complexe și mecanismelor de coordonare ale sistemului nervos central.

Coordonarea dinamică generală are stabilite ca obiective operaționale elemente legate de: formarea și dezvoltarea gesturilor polivalente și polimorfe; formarea și dezvoltarea mișcărilor de bază ale membrelor superioare și inferioare independent și în raport cu corpul; formarea și dezvoltarea mișcărilor subiectului în raport cu partenerii și cu mediul ambiant; formarea și dezvoltarea mișcărilor pentru a finaliza acțiuni complexe, în prealabil demonstrate și executate pe bază de comandă; manevrarea unor obiecte de mărimi și greutăți diferite, cu viteză și forță gradate și progresive; mînuirea obiectelor de joc, cu ușurință, siguranță și eficiență sporită; modificarea voluntară sau la comandă a direcției, amplitudinii, tempoului și ritmului mișcărilor; utilizarea unor scheme de mișcări automatizate pentru elaborarea de noi scheme de mișcare, impuse de evoluția psihomotrică a copilului; dezvoltarea calităților motrice: forță, viteză, rezistență și îndemînare.

#### *Capacitatea de armonizare a mișcărilor*

În cadrul procesului de educare și reeducare psihomotrică, un accent deosebit se pune pe stăpînirea de către copil a capacității de organizare și orientare a deprinderilor sale motrice, în acord cu solicitările imediate și de perspectivă, la care poate fi supus. Utilizarea deprinderilor motrice, în cadrul procesului de educare și reeducare, vizează două aspecte: formarea și dezvoltarea deprinderilor motrice la nivelul corespunzător cerut de activitățile cotidiene; dezvoltarea priceperilor de utilizare a

deprinderilor motrice dobândite în condiții variate. Dacă primul aspect este legat mai mult de adaptarea copilului la cerințele activităților curente, cel de-al doilea se regăsește în concretizarea capacității de a combina și adapta mișcările.

Priceperile fac posibilă îndeplinirea acțiunilor, prin faptul că oferă condiții optime pentru selectarea și concretizarea acelor procedee care sînt în acord cu circumstanțele în care se desfășoară acțiunea. În situații mai dificile, sub raport motric, este pusă în valoare priceperea de a găsi soluțiile corespunzătoare, prin care corpul să se adapteze cît mai bine la situațiile complexe.

Creșterea randamentului în activitățile cu caracter psihomotric este legată de formarea și dezvoltarea deprinderilor motrice, dar și a priceperilor de a le utiliza în condiții diferite.

### *Capacitatea de organizare și orientare spațio-temporală*

Situarea corpului în spațiu și în timp oferă copilului posibilitatea de a aprecia principalele repere, în funcție de care trebuie să se orienteze în mediul exterior. Actele motrice au ca punct de referință stabilirea direcției de acționare, spre care trebuie orientat corpul și segmentele sale. Copilul trebuie să aprecieze că el este cel care se situează în spațiu, că toate acțiunile pe care le execută trebuie să fie în acord cu reperele stabilite de către terapeut, în care sens el trebuie să aibă bine stabilite noțiunile de sus-jos, dreapta-stînga, înainte-înapoi. Reperele vor trebui legate și de corpul său, aflat în permanentă mișcare, precum și de poziția pe care acesta o ocupă în spațiu. Dobîndirea structurii spațiale de către copil trebuie realizată în etape bine definite, în care acesta trebuie să-și însușească denumirile obiectelor cu care intră în relație și să le ordoneze după formă, mărime, greutate și culoare. În discuție trebuie inclusă și orientarea spațială, copilul trebuind să recunoască ce este orientat în același sens și ce este în sens contrar.

*Organizarea spațială* este solicitată în sensul dezvoltării capacității copilului de combinare de la distanță a unor acțiuni, de ocupare a unui spațiu și de parcurgere a unui traseu

*Orientarea temporală* este percepută de către copil într-un timp mai lung. Copilul trebuie să-și dezvolte capacitatea de a înțelege principalele componente temporale, în sensul ordinii în care trebuie să fie executate unele gesturi, ce trebuie făcut pentru început și cu ce se continuă și ce reprezintă înainte, acum, după. Un alt aspect pe care trebuie să-l perceapă copilul se referă la durata intervalelor, cu referire la ce durează mult și ce durează puțin, să facă diferențe temporale: oră, zi, săptămînă etc.

### *Capacitatea de diferențiere chinestezică*

Organizarea structurilor motrice depinde de sistemul informațional care ajunge la creier și care răspunde prin comenzi, la rîndul lor devenind surse de informare în timpul efectuării actului motric. Informațiile ce ajung la creier sînt de diferite tipuri: vizuale, auditive, exteroceptive, proprioceptive și vestibulare, acestea provenind atît din mediul extern, cît și cel intern. Capacitatea de diferențiere chinestezică poate fi pusă în evidență și prin analiza modului în care se intercondiționează tipurile de informații: vizuale, auditive, proprioceptive și exteroceptive.



*Informațiile vizuale* oferă posibilitatea de a percepe dimensiunile spațiale, în interiorul cărora este organizată și se desfășoară structura motrică. Prin intermediul acestui sistem informațional, copilul percepe noțiunile de: mărime, situație, poziție, mișcare, cantitate (C. Păunescu, 1990, p. 166).

Informația vizuală are un rol hotărâtor în dezvoltarea capacității de anticipare a mișcării obiectelor cu care trebuie să vină în contact sau a celor cărora trebuie să le imprime direcția și traiectoria corespunzătoare, pentru a putea fi prinse de parteneri.

*Informațiile auditive* dobîndesc o utilitate practică din momentul în care copilul este în situația de a intra în legătură, în primul rînd, cu familia. În condițiile angajării ferme într-un proces de educare sau reeducare, sistemul informațiilor se lărgește, în sensul că toate informațiile pe care le transmite terapeutul sînt de natură să conducă la recepționarea și prelucrarea lor la nivel central, urmate de mobilizarea organismului pentru îndeplinirea actelor motrice indicate de terapeut.

*Informațiile proprioceptive* oferă relații despre pozițiile pe care diferitele părți ale corpului le au în spațiu, viteza și amplitudinea cu care acesta se deplasează. Întrucît informațiile proprioceptive provin de la mușchi, tendoane, ligamente și capsule articulare, ele oferă posibilitatea de a percepe și constata atitudinea și postura, cît și modalitățile de exprimare gestuală. Reacțiile de echilibru sînt influențate de informațiile proprioceptive utilizate în schemele motorii dinamice.

Evoluția motrică a unui copil parcurge următoarele stadii: compensare posturală; reacțiile de balansare a membrelor; reflexul de pășire; reacții de săltare (a centrului de greutate); reacții de echilibrare/ prevenire a căderilor.

*Informațiile exteroceptive* sînt valorificate prin intermediul organelor senzoriale, cu precădere al percepțiilor tactile și al gnoziilor, care se regăsesc și în problematica dezvoltării abilităților manuale. Relația cu obiectele depinde de modul în care copilul reușește să intre în posesia lor, să le manevreze cu ușurință și siguranță și să le elibereze cu o motivație logică, precisă și eficientă.

### *Funcția de echilibru*

Aprecierea capacității de menținere a corpului în echilibru poate fi concretizată și prin modalitățile de adaptare la caracteristicile suprafeței de sprijin. Poziționarea pe o suprafață stabilă asigură menținerea echilibrului numai în condițiile în care centrul de greutate este plasat în interiorul poligonului de susținere. În aceste condiții, trunchiul și segmentele se pot mișca liber, în condiții de libertate, putînd adopta orice fel de poziții, cu condiția ca centrul de greutate să fie menținut în interiorul poligonului de susținere. Prin poziționarea corpului pe o suprafață mobilă, situație în care corpul și segmentele sale trebuie să execute mișcări suplimentare, menținerea poziției de echilibru devine dificil de păstrat, deoarece centrul de greutate este frecvent în situația de a ieși din limitele poligonului de susținere.

### *Capacitatea de reacție motrică*

În activitatea de educare sau reeducare psihomotrică, terapeutul utilizează acțiuni care, prin structura lor, solicită copilului răspunsuri la semnale cunoscute. Este forma prin care copilul dobîndește capacitatea de angrenare a corpului la unele semnale pe care le cunoaște. Acest mod de organizare a activității îndeplinește două

funcții, care impun o anumită poziție: copilul să rețină un anumit semnal; să se obișnuiască să răspundă cât mai repede și cât mai corect la un anumit semnal.

Terapeutul instruește copilul ca atunci când aude un semnal dinainte stabilit, să adopte poziția ce i-a fost sugerată și să stea nemișcat, pînă la cel de-al doilea semnal.

Spre exemplu, terapeutul dă semnalul „copac”; copilul; indiferent de acțiunea pe care o execută sau dacă este în repaus, trebuie să se plaseze în poziția unui copac: stînd cu picioarele apropiate, trunchiul drept, brațele oblic în sus, privirea orientată în sus la palme. Rămîne în această poziție pînă aude cel de-al doilea semnal „normal”. Se pot folosi și alte semnale, cum ar fi: călăreț, avion, biciclist etc.

Acest gen de activitate are menirea de a obișnui copilul cu menținerea unei poziții imobile, de a păstra atenția mereu trează și de a verifica capacitatea de reacție la semnale cunoscute, precum și nivelul și bagajul motric al subiectului, în acel moment.

### Metodologia educării deprinderilor motrice

#### Mersul

Trecerea din clinostatism în ortostatism îl conduce pe copil să dobîndească, în primul rînd, echilibrul, apoi capacitatea de a se mișca în poziția stînd, ca apoi să efectueze prima deprindere motrică, concretizată sub forma mersului.

Prin mers, organismul este solicitat să angreneze masa musculară, ceea ce contribuie la dezvoltarea acesteia, iar efortul fizic realizat cu această ocazie contribuie la dezvoltarea și întărirea aparatelor cardio-vascular și respirator. În funcție de modalitățile de organizare a procesului de educare și reeducare, de posibilitățile de corelare cu alte forme ale activităților motrice, mersul poate contribui și la dezvoltarea calităților motrice de bază.

Obiectivele procesului de educare și reeducare psihomotrică, referitoare la formele de deplasare, în ceea ce privește mersul, își propun: însușirea unui mers corect sub raport postural; deplasare corectă a segmentelor și coordonarea lor corespunzătoare în timpul deplasării; manifestarea supleței și corectitudinii mișcărilor în timpul deplasării; adaptarea la diferitele forme de mers în cadrul activităților desfășurate în grup; coordonarea mișcărilor proprii cu ale partenerilor; adaptarea respirației la condițiile în care se desfășoară deplasarea.

Două condiții de bază trebuie să fie îndeplinite: capacitatea de a menține corpul în ortostatism, cu păstrarea echilibrului; să aibă formată engrama de referință pentru deplasare. Terapeutul, pornind de la constatarea că aceste condiții sînt relativ îndeplinite, urmărește, în principal, modul în care copilul se deplasează, care sînt dificultățile pe care le întîmpină în timpul deplasării, după care își organizează planul terapeutic pentru a reuși, în final, să corecteze abaterile de la normal în timp util.

#### • *Mersul normal*

În condițiile în care se constată dificultăți de menținere a direcției de deplasare, sînt plasate două bănci de gimnastică la interval de o lungime de laba piciorului, copilul să se deplaseze între aceste două bănci, pentru a-și menține direcția de înaintare.



În raport cu capacitatea de adaptare se utilizează procedeul de limitare a spațiului în interiorul căruia se poate deplasa. Se trasează două linii paralele (4-5 m), la un interval de 15-20 cm: se solicită copilului să se deplaseze fără a călca liniile.

În situația în care, pe parcursul deplasării, trunchiul prezintă o poziție incorectă, se pot utiliza următoarele mijloace: cu brațele întinse oblic spre înapoi, apucă un baston încercînd să-l ducă ușor înapoi în sus, umerii proiectați spre înapoi, privirea înainte; bastonul este menținut la spate, plasat pe antebrațele în flexie, palmele pe abdomen; privirea înainte.

Se plasează pe sol, la intervale de un pas, 4-5 mingi medicinale. Se cere copilului să ridice piciorul atunci cînd ajunge în dreptul mingii și să pășească în mod corect peste minge, fără a o atinge.

În cazul în care se constată dificultăți de coordonare a brațului cu piciorul opus, se cere copilului să ducă brațul drept în față întins, iar brațul stîng spre înapoi întins, apoi să ducă piciorul stîng sprijinit pe toată talpa, spre înainte. Din această poziție, se duce brațul stîng în față, o dată cu deplasarea piciorului drept spre înainte, iar brațul drept spre înapoi.

Se recomandă exersarea deplasării pe perechi. În față stă un copil care coordonează corect alternanța brațelor cu picioarele. Copiii apucă două bastoane de gimnastică. Se execută exerciții de coordonare, la început descompus, lent. În mod practic, copilul plasat în față stăpînește coordonarea braț cu picior opus, fapt ce îl determină pe colegul lui să-și coordoneze corect pașii.

#### • *Mers pe vîrfuri*

Se propun următoarele exerciții: se cere copilului să urce pe treptele unei scări, sprijinindu-se numai pe vîrfurile picioarelor, ajutîndu-se, la început, și de sprijinul brațului pe balustradă; se plasează pe sol săculețe cu nisip, la intervale de un pas; se cere să sprijine piciorul pe săculeț fără a atinge solul cu călcîiul; se micșorează intervalul dintre săculeți, pentru a executa pași mici, pe vîrfurile picioarelor; deplasarea pe vîrfurile picioarelor, concomitent cu ducerea brațelor pe lîngă cap în sus, capul în ușoară extensie.

#### • *Mers cu schimbarea direcției de deplasare*

Caracteristica acestor situații sînt dificultățile de înțelegere a acțiunii ce urmează a fi efectuată. Aceste acțiuni sînt efectuate analitic, în sensul că se plasează copilul într-o poziție pregătitoare, pentru schimbarea direcției de mers spre dreapta. Din poziția stînd duce piciorul stîng în față (jumătate de pas) pe vîrfurile piciorului, răsucesce trunchiul spre dreapta, pe vîrfurile ambelor picioare, pornește spre noua direcție cu piciorul stîng și cu brațul drept. După un număr de 3-4 repetări se trece la etapa a doua, cînd se execută acțiunea cu trei pași, avînd în atenție că ultimul pas trebuie să fie opus direcției de întoarcere.

#### • *Mers cu trecere peste obstacole*

Aceste exerciții cresc dificultatea de execuție și reclamă o bază materială minimală. Copilul, înainte de a pași peste obstacol, manifestă o stare de reținere care este în funcție de înălțimea obstacolului; această întrerupere este mai mult sau mai

puțin scurtă. Sub raport metodic, se plasează obiectele mai mici la început, pentru ca treptat înălțimea lor să crească. Se are în vedere și stabilitatea aparatelor sau obiectelor, peste care sau pe care trebuie să pășească.

Deplasările printre și peste obstacole sînt, pentru început, executate lent. În timpul deplasării terapeutul este alături de copil și îl îndrumă cum trebuie să execute acțiunea, îl ajută în condițiile în care manifestă teamă sau reținere în executarea acțiunii.

#### • *Mers pe plan înclinat*

Exercițiile recomandate se remarcă prin diversificarea solicitărilor în planul depășirii unor dificultăți de execuție, rolul principal în aceste situații revenind poziției trunchiului în raport cu banca.

Se organizează deplasarea pe un plan înclinat, pornind gradat de la modificarea unghiului de înclinare a aparatului. În acest scop este folosită o bancă de gimnastică, care, fiind mai lată, favorizează copilul să se deplaseze cu mai multă ușurință. Pe măsură ce înălțimea crește, se atrage atenția că trunchiul trebuie să fie ușor înclinat spre înainte. Copilul, încă din etapa cînd banca era la orizontală, trebuie să exerseze întoarcerea la capătul băncii, pentru a reveni la locul de unde a plecat. Pe măsură ce înălțimea crește, copilul va fi obișnuit să urce și să coboare singur de pe bancă.

#### • *Mers în echilibru*

Această formă de deplasare poate fi considerată drept cea mai dificilă nu numai sub aspectul motric, cît, mai ales, psihic. Se întîlnesc următoarele situații.

Copilul aplică același procedeu de deplasare pe care îl utilizează și în mod obișnuit. Se atrage atenția că, în echilibru, pe o suprafață mai îngustă (banca de gimnastică), pasul trebuie să fie efectuat astfel: cu laba piciorului orientată spre înainte, picioarele pășesc în linie dreaptă unul după altul, și nu în lateral, pentru a evita dezechilibrarea; contactul cu suprafața pe care se deplasează se face cu vîrfurile picioarelor, rulînd în continuare talpa, apoi călcîiul.

Starea de încordare în timpul deplasării se motivează prin teama de înălțime a copiilor cu tulburări psihomotrice. În această situație, terapeutul stă alături de copil, plasînd o mînă pe umăr sau pe bazin. Este o modalitate de a înlătura teama. Apoi, prin simpla prezență alături de copil, această stare de reținere dispare treptat.

Slaba capacitate de orientare spațială conduce la coborîrea privirii, pentru a urmări pe unde pășește. Acest inconvenient se poate remedia treptat prin mers în echilibru pe două linii paralele, trasate pe sol, la interval de o talpă. Se exersează pînă ce copilul se obișnuiește cu acțiunea, după care, fără să vadă copilul, terapeutul trasează liniile la jumătate de talpă. În timpul respectării acestor două variante, terapeutul îi cere copilului ca privirea lui să fie îndreptată spre înainte. În acest sens, poate urmări acțiunea privind în oglindă, copilul își poate urmări acțiunea privind înainte, și nu în jos.

În etapa următoare se trasează numai o linie, solicitîndu-se copilului să urmărească atent în oglindă modul în care menține direcția de înaintare și, mai ales, cum rulează laba piciorului pe sol (călcîi, talpă, vîrf).



• *Mers cadențat*

În evoluția sa, mersul este solicitat și în condiții de ritmicitate, cadență, ce trebuie menținută nemodificată pe anumiți parametri de spațiu și timp. Situațiile întâlnite la această modalitate de mers privesc adaptarea și neadaptarea la ritmurile impuse.

În situații de neadaptare sau adaptare dificilă la un anumit ritm, terapeutul pregătește copilul pentru a înțelege ritmul, așezându-se în fața sa și bătînd în masă ritmul, suficient de lent pentru a fi imitat de copil. Se trece la executarea unui ritm, pe care copilul îl execută prin lovirea alternantă a solului cu picioarele. La început se imprimă un ritm lent, iar după 10-12 repetări se trece la un ritm mai rapid, în raport cu posibilitățile copilului. Mers în cadență cîte doi copii ținîndu-se de mîini, cu bătaia mai accentuată pe piciorul stîng, apoi pe piciorul drept.

## Alergarea

Desfășurarea acțiunilor care asigură deplasarea sub formă de alergare normală trebuie să respecte următoarea succesiune: din stînd, se flectează genunchiul unui picior, concomitent cu impulsul realizat de piciorul care a asigurat sprijinul pe sol; în acest timp gamba piciorului de atac, care a fost ridicat cu genunchiul flectat, se extinde, pentru a prelua greutatea în momentul în care atinge solul; piciorul din spate basculează spre înainte, depășind poziția piciorului sprijinit pe sol, moment în care acesta execută, în fapt, mișcarea. În acest mod, alternează poziția de sprijin, bascularea piciorului, momentul de zbor, atingerea solului și fazele se repetă.

Dacă alergarea nu se desfășoară în condiții normale, în cauză fiind deficiențele de „tehnică individuală” ale copilului cu tulburări psihomotrice, situațiile întâlnite se clasifică după cum urmează:

- poziția incorectă a corpului. Din stînd, copilul înclină prea mult corpul înainte, astfel că, atunci cînd ridică piciorul de atac, flectează piciorul de sprijin și pierde posibilitatea de a realiza împingerea în picior. În această situație, terapeutul se plasează în lateral cu un braț plasat pe pieptul copilului, cu celălalt sprijină coapsa care se flectează. Îi cere copilului să flecteze ușor piciorul de sprijin, iar la comanda „și” să împingă în piciorul de sprijin și să întindă piciorul flectat și să-l așeze pe sol. Se repetă acțiunea și cu cealaltă parte a corpului. Chiar dacă acțiunea are un caracter static, copilul înțelege treptat ce urmează să execute;
- deficiența în realizarea fazei de zbor reprezintă etapa a doua de lucru, cînd terapeutul se plasează în fața copilului și îl prinde de mîini. În această etapă terapeutul îl obligă pe copil să-și mențină cît mai corectă poziția trunchiului, dar îl conduce în exersarea individuală a mișcărilor executate de picioare. În acest context, îl trage ușor de brațe pentru a-l determina să repete acțiunea, prin alternarea pașilor de alergare și marcarea fazei de zbor;
- coordonarea necorespunzătoare a brațelor. Corectarea acestei deficiențe plasează terapeutul în partea din spate a copilului; cu palmele cuprinde mijlocul. Se cere copilului să execute alergarea pe loc, cu accent deosebit pe faza de zbor, motiv pentru care, în timpul sprijinului pe piciorul de sprijin, terapeutul îl ajută ca desprinderea să fie mai înaltă. Se cere copilului ca să alterneze mișcarea picioarelor cu cea a brațelor. Se repetă acțiunea pe loc, pînă ce copilul deprinde cît mai corect coordonarea brațelor cu cea a picioarelor de partea opusă;

– alergarea cu balans lateral al trunchiului. Această „deplasare” a trunchiului rezidă în așezarea greșită a labei piciorului la contactul cu solul, în sensul că vârful este așezat pe sol mult în afara direcției de înaintare sau spre interior, condiții în care direcționarea mișcării pentru faza de zbor se face spre exterior. Dacă această mișcare nu asigură poziția centrului de greutate în interiorul poligonului de susținere, copilul se poate dezechilibra.

Cel de-al doilea aspect ce poate fi întâlnit în momentul în care copilul își schimbă direcția îl reprezintă dezechilibrarea determinată de lipsa coordonării dintre brațe și picioare. În aceste condiții, brațele au un rol foarte important în menținerea echilibrului întregului corp, prin micșorarea sau creșterea balansului liber al brațului de partea opusă direcției noi de alergare. Brațul de partea noii direcții execută un balans mai mic, unghiul de flexie a antebrațului pe braț este micșorat, în timp ce brațul opus este mărit.

#### *Alergare cu ocolirea unor obstacole*

În situația ocolirii unor obstacole, datorită înclinării laterale a corpului, copilul pășește pe partea externă sau internă a labei piciorului. Alergarea se desfășoară corect atunci când contactul cu solul este menținut spre vârful piciorului. Pășind pe partea externă, forța de împingere în laba piciorului este diminuată, iar asigurarea direcționării corpului este mai redusă, deoarece și contactul cu solul este realizat pe o suprafață de contact mai mică. Corect este ca vârful piciorului să fie orientat pe noua direcție de alergare.

În timpul alergării, copilul trebuie obișnuit să inspire pe nas și să expire pe gură, în cadența pașilor.

#### **Săriturile**

Săriturile sînt deprinderi motrice ce necesită o atenție deosebită din partea terapeutului, întrucît copilul cu tulburări sau dificultăți psihomotrice manifestă reținere la pierderea contactului cu solul. Trebuie specificat faptul că, după ce reușește să învingă această reținere, el va manifesta mai multă plăcere de a se juca, motiv pentru care săritura devine o acțiune des utilizată.

Înșușirea deprinderii de a sări impune să se acorde o atenție deosebită dezvoltării mobilității și forței de împingere de la nivelul gleznelor, dar și a celorlaltor articulații de la nivelul membrelor inferioare.

Luînd în discuție treptele metodice de educare a săriturilor, desfășurarea acestui proces de formare a deprinderii de a sări îl determină pe terapeut să-și orienteze atenția asupra componentelor de bază ale acestei deprinderi, care beneficiază de o gamă largă de exerciții pregătitoare.

Din stînd cu picioarele ușor depărtate, ducerea brațelor spre înapoi, concomitent cu flectarea genunchilor, legănarea brațelor dinapoi spre înainte și în sus, o dată cu întinderea genunchilor și împingere în vârful picioarelor. Corpul, datorită acestui elan, se va deplasa spre în sus. Aterizarea se execută pe vârful picioarelor, concomitent cu o ușoară flectare a genunchilor.

Săritura din ghemuit. Pornind de la această poziție de stînd ghemuit pe vârful picioarelor, palmele pe sol; copilul împinge în vârful picioarelor, o dată cu întinderea



genunchilor și ducerea brațelor prin înainte în sus. Aterizarea se execută pe vârful picioarelor, flectarea genunchilor și a trunchiului, plasarea palmelor pe sol.

Dacă în executarea săriturilor pe loc, copilul nu armonizează corect fazele care conduc la o eficiență corespunzătoare a acțiunii, la origine se regăsesc următoarele cauze: lipsa de coordonare între balansul brațelor spre înainte și extensia membrelor inferioare; aterizare pe toată talpa sau pe călcâi cu picioarele întinse; încercare de a executa săritura numai prin împingere în vârful picioarelor și prin balansarea trunchiului spre înainte, fără a asocia și forța de împingere a coapselor.

Corectarea acestor abateri se realizează prin dirijarea de către terapeut a primelor încercări de executare a săriturii de pe loc. Practic, copilul, în poziție stînd, cu picioarele ușor flectate și cu palmele pe șold; terapeutul, plasat în spatele copilului, îl cuprinde pe sub axile, cu policele pe omoplat și degetele II-V pe mușchii pectorali. Acțiunea parcurge următoarele faze: după ce copilul a flectat genunchii, i se solicită să îi întindă lent, pînă ajunge să se ridice pe vârful picioarelor. Se repetă acțiunea, dar execuția să fie mai rapidă și cu împingerea puternică în picioare, moment în care terapeutul susține desprinderea de pe sol. La revenire, îl susține pentru a amortiza contactul cu solul, iar aterizarea să se facă pe vârful picioarelor și cu flectarea genunchilor. În acest mod, copilul își formează o reprezentare corticală corectă despre fazele unei sărituri: elanul, bătaia, zborul și aterizarea.

Treptat, ajutorul este din ce în ce mai puțin consistent, pentru a obișnui copilul să execute săritura de pe loc cu forțe proprii.

Această intervenție a terapeutului este motivată de faptul că, dobîndind capacitatea de a stăpîni fazele unei sărituri, fie ea și de pe loc, aceasta conduce la înțelegerea și la posibilitatea de a trece la executarea săriturilor cu elan.

#### • *Săritură în adîncime*

Realizarea acestui model de mișcare constituie cel mai bun mijloc de obișnuire a copilului cu zborul și aterizarea. Învățarea săriturii în adîncime parcurge următoarele trepte metodice:

- stînd pe o suprafață ridicată de la sol (30-40 cm) cu genunchii flectați, brațele întinse în față sînt plasate în mîinile terapeutului. Se cere copilului să împingă în picioare, pentru a se deplasa în sus și înainte. Terapeutul îi dirijează direcția săriturii, dar și aterizarea. În acest mod, dispare teama de gol pe care o au, de regulă, copiii. După un număr de repetări, atunci cînd copilul execută corect aterizarea, sprijinul este acordat doar cu o mîină, ca apoi să fie lăsat liber să sară;
- stînd, cu genunchii în ușoară flexie, brațele întinse înainte, trunchiul ușor aplecat în față. Se duc brațele pe lîngă corp la spate, concomitent cu o ușoară îndoire a genunchilor. Se repetă acțiunea de legănare a brațelor și de îndoire ușoară a genunchilor de 2-3 ori, după care, prin ducerea brațelor înainte și în sus, concomitent cu împingerea puternică pe vîrfuri, copilul execută zborul, urmat de aterizarea care trebuie să fie elastică la momentul contactului cu solul, efectuat cu vârful picioarelor și urmat de flectarea genunchilor, cu trunchiul ușor aplecat înainte și cu palmele aplicate pe sol.

Atenția terapeutului trebuie să fie îndreptată și spre însușirea corectă a componentelor săriturilor de pe loc, întrucît acestea stau la baza învățării și realizării săriturilor, cum ar fi cele în lungime și înălțime cu elan.

### • *Săritură cu coarda*

Este o formă a săriturii de pe loc, în care acțiunea, care determină desprinderea, este reprezentată de coardă. Copilul cu tulburări psihomotrice reușește mai greu să coordoneze mișcarea brațelor cu cea a picioarelor, motiv pentru care această formă de săritură pe loc este inclusă în programul de lucru numai după ce stăpânește principalele forme ale acestui model de săritură.

Treptele metodice în însușirea săriturii cu coarda cuprind: din poziția stînd, sărituri de pe loc, cu ambele picioare, timp în care imită rotarea corzii în jurul corpului, cu coatele lipite de trunchi, antebrațele flectate și duse oblic înainte și degetele flectate, imitînd apucarea corzii. Săritura este executată pe vîrfurile ambelor picioare.

După ce copilul se obișnuiește cu acest mod de a sări peste coardă, se trece la etapa următoare, cînd rotarea corzii este preluată de către copil. Și în această situație, pot apărea dificultăți de coordonare, ce se concretizează prin lipsa de coordonare între rotarea corzii și săritură, desprinderea nesimultană a ambelor picioare de pe sol, precum și dificultăți de rotare a corzii.

Prin repetare, copilul dobîndește posibilitatea de a executa corect săritura cu coarda, ceea ce contribuie la lărgirea bagajului său motric.

### • *Săritură în lungime de pe loc*

Stînd, corpul ușor aplecat în față, brațele duse înapoi oblic în jos, genunchii mult flectați și privirea orientată spre înainte.

Acțiunea: balansarea brațelor spre înainte, o dată cu împingerea în picioare, corpul descrie o traiectorie de înălțare, apoi de coborîre spre locul de aterizare, unde contactul cu solul este luat cu ambele picioare cu genunchii în flexie.

Săriturile de pe loc pot avea și caracter repetitiv. Din poziția stînd, copilul execută o săritură de pe loc, aterizarea este elastică, cu genunchii flectați și cu palmele pe sol; la comanda terapeutului „și”, copilul repetă săritura. Se urmărește ca aterizarea să fie corectă, pentru a putea să repete 3-4 asemenea sărituri de pe loc sau de pe banca de gimnastică. Primele încercări sînt executate de la 30 cm de bancă, iar aterizarea se face pe bancă, avînd ca obiectiv să-și mențină echilibrul. Treptat, desprinderea se va face tot mai departe de bancă. Realizarea acestui prim set de cerințe permite trecerea la următoarea etapă, cînd zborul este mai înalt și mai lung, copilul executînd săritura de pe loc cu trecere peste bancă.

În timpul efectuării săriturii pe loc, pot fi observate și unele abateri, cum ar fi: elanul și desprinderea executate cu amplitudine redusă; fază de zbor mai scurtă, întrucît legănarea brațelor și împingerea în picioare n-au avut suficientă amplitudine și forță; aterizare pe toată talpa în doi timpi, contactul cu solul nu este simultan.

### • *Săritură în lungime cu elan*

În cadrul acestui procedeu de săritură, cea mai mare importanță o are elanul. Armonizarea celor patru faze – elan, bătaie, zbor și aterizare – se remarcă printr-o înlănțuire de faze, însușite în mod separat, înlănțuire ce trebuie să se finalizeze printr-o săritură în lungime cu elan.



Metodologia legării acestor faze impune trecerea de la mers din ce în ce mai rapid la bătaia pe un picior, urmată de faza de zbor, în care trebuie să flecteze picioarele, iar aterizarea să fie elastică și cu genunchii cât mai flectați.

În etapa următoare, se trece la alergare, bătaie puternică pe un picior, urmată de zbor, care trebuie să fie mai înalt și cu genunchii flectați, iar aterizarea pe ambele picioare cu genunchii în flexie, pentru a amortiza șocul aterizării.

Se impune precizarea că locul de bătaie nu trebuie marcat, săritura efectuându-se acolo unde copilul consideră că a ajuns cu piciorul mai puternic, pentru a executa bătaia.

Realizarea acestui obiectiv impune o pregătire minuțioasă, orientată pe pregătirea elanului și desprinderii de la sol. În acest sens, sistemul de mijloace este structurat și orientat pentru mobilizarea și antrenarea labei piciorului, pentru executarea mișcărilor de flexie dorsală și plantară. Această succesiune de mișcări este executată din poziția așezat cu gamba în afârnat.

Din stînd, se execută săritura pe loc. Se urmărește modul în care copilul se desprinde și aterizează pe vîrfurile picioarelor, modul în care asociază și brațele în realizarea elanului.

Se trece apoi la executarea săriturii pe un singur picior. Atenția este orientată asupra posibilității de a se desprinde de pe sol, asupra modului în care folosește elanul executat de brațe, dar și a posibilităților de implicare a piciorului liber în acest gen de mișcare.

#### • *Săritură în înălțime de pe loc și cu elan*

Utilizarea acestor exerciții a fost pregătită prin însușirea celorlalte forme de săritură, în care accentul a fost pus pe principalele faze care conduc la dobîndirea posibilităților de a executa elanul, de a se desprinde de la sol, de a executa corect zborul și de a ateriza elastic.

Elementele care diferențiază săritura în înălțime de celelalte tipuri de sărituri constau în faptul că zborul trebuie să fie orientat spre verticală, încît centrul de greutate să fie cât mai apropiat de obiectul care marchează înălțimea (frînghie, baston, cordon colorat).

#### • *Săritura în înălțime de pe loc*

Din stînd în fața obstacolului cu picioarele apropiate, se flectează mult genunchii, concomitent cu balansarea spre înapoi a brațelor. Prin împingere în ambele picioare, susținută de balansarea spre înainte și în sus a brațelor, corpul se desprinde de pe sol și se înalță pe verticală și în față, timp în care genunchii sînt duși spre piept. Aterizarea este elastică, realizată pe vîrfurile picioarelor, cu picioarele apropiate.

La primele încercări, de obicei, copilul întîmpină unele dificultăți, întrucît desprinderea nu este corespunzătoare sub raportul forței de împingere, ceea ce conduce la executarea unei sărituri mai joase sau, în faza de zbor, copilul nu reușește să flecteze suficient de mult genunchii, astfel că la aterizare ajunge cu picioarele întinse, ceea ce conduce la o aterizare dură, pe toată talpa, cu riscul de a se dezechilibra și cădea în față.

#### **Aruncarea și prinderea**

În procesul de educare sau reeducare funcțională, abilităților manuale li se acordă o atenție deosebită, întrucît mîna îndeplinește trei funcții importante: informare (sensibilitate), execuție (motorie) și exprimare (comunicare).

Aceste funcții impun ca individul (copil sau adult) să dobândească abilitățile necesare, care să-i permită să se exprime cât mai corect și eficient prin intermediul mâinilor sale. Copilul cu tulburări sau dificultăți psihomotrice nu manifestă o suficientă abilitate de manevrare a obiectelor, consecință firească a dereglării capacității de coordonare și de orientare a atenției asupra acțiunilor.

Prinderea obiectelor și aruncarea lor se bazează, în principal, pe coordonarea mișcării brațelor și picioarelor, cât și pe concentrarea atenției asupra obiectelor care se deplează de la și spre copil. Contactul cu obiectul impune ca brațele să amortizeze șocul prin flectarea lor și apropiere de corp, în timp ce palmele se închid pentru a reține obiectul.

Pornind de la obiectivul principal, formarea și dezvoltarea abilității de prindere și aruncare, este necesară stabilirea treptelor metodice care conduc la educarea acestei deprinderi motrice, pornind de la precizarea tipurilor de prindere și aruncare și continuând cu relațiile posibile dintre diferitele tipuri de prindere și aruncare, fiecare cu o metodologie proprie de prindere și aruncare.

### *Tipurile de prindere și aruncare*

Formarea și dezvoltarea abilităților de prindere și aruncare trebuie să parcurgă etape bine precizate și o metodologie de lucru corect orientată, pornind de la cele mai simple forme de organizare a mișcărilor, pentru a ajunge, treptat, la acele tipuri de mișcări complexe, care să ateste deprinderea de prindere și de aruncare.

Pregătirea copilului pentru acțiunea de prindere se realizează, la început, solicitându-i să oprească din rostogolire o minge medicinală. Din poziția așezat, cu picioarele în abducție, copilul trebuie să oprească mingea, pe care terapeutul a rostogolit-o spre el, acțiunea fiind urmată de împingerea mingii, cu ambele mâini, spre terapeut. Prin repetare, copilul dobândește capacitatea de a opri și retrimite mingea cu ambele mâini, apoi cu o singură mână.

Se schimbă poziția de lucru, trecându-se la cea de ghemuit, care oferă condiții ca mingea să fie oprită cu ambele mâini, orientate în supinație. Este momentul ca mingea să fie oprită și ridicată de pe sol cu ambele mâini, iar retransmiterea să se execute tot cu ambele mâini.

Din poziția stînd, se trece la o nouă etapă, prin care mingea (de dimensiuni mai mici) este rostogolită cu o singură mână spre un perete sau un panou. Se urmărește, în principal, creșterea distanței pînă la care trebuie să ajungă mingea rostogolită. În aceste condiții, se verifică capacitatea copilului de dezvoltare a forței musculare, a preciziei și siguranței în lansare a obiectului spre un anumit punct.

Următoarea etapă este consacrată lansării mingii de la nivelul pieptului, condiție în care poziția brațelor se schimbă atît la primire, cât și la lansare. Pentru prinderea mingii, copilul, din stînd cu brațele întinse în față, palmele în pronație, cu policele celor două mâini apropiate, degetele II-V în ușoară flexie și abducție, fața palmară orientată spre direcția de unde vine mingea. La contactul cu mingea, degetele II-V se mulează pe obiect pentru a-l reține, timp în care brațele se flectează pînă aproape de piept, pentru a amortiza șocul.

Lansarea mingii cu ambele mâini întinse deasupra capului, prinderea în dreptul pieptului cu ambele mâini. După ce a prins mingea la nivelul pieptului, copilul întinde



brațele în sus, deasupra capului ținând mingea în mâini. Poziția picioarelor se schimbă, în sensul că un picior este plasat cu jumătate de pas în fața celuilalt. În momentul în care se pregătește pentru lansare, duce brațele întinse în sus deasupra capului spre înapoi, cu trunchiul în ușoară extensie. Prin îndreptarea trunchiului și proiectarea brațelor spre înainte, mingea dobândește viteza necesară pentru a parcurge traiectoria stabilită. Se recomandă ca acest procedeu să fie executat fără partener, întrucât copilul nu are un control suficient, care să-i permită executarea unei aruncări precise.

#### *Aruncarea și prinderea cu o mână, cu partener*

În această etapă, terapeutul îndreaptă atenția copilului spre acțiunea de aruncare și prindere avînd un partener. Este o modalitate destul de dificilă, dar o bună organizare, utilizarea unor procedee de lucru adaptate particularităților celor doi parteneri conduc, în timp, la reușita inițiativei.

Din stînd față în față la interval de un metru, copiii își oferă mingea de oină de la nivelul soldului, iar prinderea se realizează la același nivel. Este momentul în care copiii se cunosc și se adaptează la acest gen de mișcare. Treptat, se poate trece la aruncarea de la nivelul umărului, iar prinderea să se facă din față, la nivelul abdomenului, cu ambele mâini.

În etapa următoare, intervalul dintre copii poate ajunge la 2-3-4 metri, iar aruncarea se execută cu brațul întins în sus, fiind tot un gen de lansare, iar prinderea se execută la început cu ambele mâini, ca mai apoi să se exerseze prinderea cu o singură mână, mai ales că cel care aruncă mingea a dobîndit abilitatea de a arunca mai corect, în sensul că reușește să o direcționeze spre partener.

Trebuie precizat și faptul că aruncările și prinderile sînt executate alternativ, iar pe măsură ce copii dobîndesc abilitatea de a arunca și prinde, intervalul dintre parteneri se mărește.

#### *Corelarea diferitelor tipuri de prindere și aruncare*

Pentru copilul cu tulburări psihomotrice, faptul că este în situația de a intra în posesia unui obiect care vine spre el și pe care trebuie să-l rețină îl pune într-o situație dificilă, din pricina coordonării precare a mâinilor sale. Exersarea diferitelor tipuri de prindere, ordonate într-o succesiune metodică, va fi în măsură să asigure, treptat, și adaptarea la situațiile în care este pus, de a opri un obiect care se rostogolește spre el, de a-l ridica și lansa într-o anumită direcție, de a realiza aceeași acțiune, dar să modifice treptat poziția de lucru, de la așezat, să ajungă treptat pînă la stînd, de la acțiunea cu ambele mâini la cea cu o singură mână; de a acționa din stînd și să ajungă să execute, în final, acțiunea din mers, apoi și din alergare.

Înșușirea acestor elemente asigură copilului abilitatea necesară pentru a trece la înșușirea deprinderii cu un grad de dificultate mai ridicat.

Analiza cauzelor generatoare de greșeli trebuie făcută diferențiat, pe fiecare din tipurile de prindere și aruncare, deși formele lor de manifestare sînt, în general, aceleași.

Pentru prindere, greșelile sînt axate pe următoarele aspecte: palmele sînt prea depărtate, în momentul cînd trebuie să ia contact cu obiectul, prinderea nu mai poate fi realizată; brațele sînt rigide la contactul cu obiectul, ceea ce conduce la dificultăți de amortizare și la apariția posibilității de a scăpa obiectul din mână; deși contactul cu

mingea este relativ bun, amortizează șocul, dar nu are capacitatea de a apropia degetele pentru a închide „căușul”; trunchiul se află într-o poziție incorectă, în sensul că îl menține răsucit, fapt ce determină ca palmele să nu fie situate pe același plan; mingea trece pe lângă copil; plasează greșit centrul de greutate (pe călcâi și cu bazinul mult în spate), ceea ce conduce la pierderea echilibrului în momentul contactului cu mingea; poziția incorectă a brațelor, care nu sînt plasate pe același plan, iar degetele sînt întinse, neglijînd astfel „căușul”; brațele sînt întinse la limita lor maximă, ceea ce determină ca la contactul cu mingea, aceasta să ricoșeze, deoarece copilul nu are încă formată deprinderea de a amortiza șocul.

Pentru aruncare, greșelile sînt axate pe următoarele aspecte: corpul este într-o stare de încordare, ceea ce conduce la o dirijare necorespunzătoare a brațului, iar aruncarea este lipsită de forța de împingere, segmentul de contracție fiind mai scurt; în momentul lansării obiectului, copilul uită să-l elibereze, menținînd degetele încleștate, deși mișcarea în ansamblu a fost corespunzătoare; lansarea obiectului este însoțită de aplecarea trunchiului prea mult spre înainte, ceea ce conduce la pierderea echilibrului; execută aruncarea numai prin mișcarea brațului, fără angrenarea corpului, rezultatul fiind o aruncare scurtă; la aruncarea cu o singură mînă, copilul eliberează obiectul înainte de a termina elanul, rezultatul fiind mai degrabă o cădere a obiectului, decît o aruncare; în timpul elanului executat de braț, deși picioarele sînt corect plasate, acțiunea este executată simultan de braț și de piciorul din spate, care se oprește pe același plan cu celălalt picior. Consecința acestor greșeli este dezechilibrarea corpului și proiectarea sa în fața.

### *Metodologia reeducării deprinderii de prindere și aruncare*

Activitatea metodică a terapeutului poate fi pusă în valoare și prin modul în care organizează și desfășoară procesul de reeducare și pe planul deprinderii de prindere și aruncare.

Seleționînd sistemul de mijloace prin care se va acționa, terapeutul trebuie să aibă în vedere: diagnosticul etiologic și elemente de diagnostic diferențial; particularitățile de vîrstă ale copilului; experiența motrică acumulată pînă în acel moment.

Pornind de la testarea psihomotrică, ce pune în evidență tulburările sau dificultățile pe care le prezintă copilul, terapeutul își stabilește modalitățile de acțiune, orientîndu-și atenția, pe lângă sistemul de mijloace, și asupra modului în care, pe plan metodic, poate interveni pentru a asigura însușirea cît mai rapidă a beneficiilor psihomotrice scontate. Prezentarea metodologică a acestui obiectiv, de ameliorare a deprinderii de prindere și aruncare, este structurată pe pozițiile fundamentale din care este practică (așezat și stînd).

#### *• Din poziția așezat*

Pentru a promova o bună manevrare a obiectelor, i se oferă copilului o minge elastică (de tenis de cîmp), sfătuindu-l să se joace cu ea: să plimbe mingea dintr-o mînă în alta, timp în care o strînge cu vîrfurile degetelor; apoi să o elibereze și să o treacă în cealaltă mînă, pentru a executa aceeași acțiune; cu palmele deschise, menține între palme, prin presiune, mingea în podul palmelor, apoi plimbă mingea prin rulare de la baza palmei spre vîrfurile degetelor și înapoi, prin mișcarea de sus în jos a mîinii; o mînă



în supinație în formă de căuș, iar cealaltă în pronație, ține mingea deasupra mâinii în formă de căuș; se cere copilului să elibereze mingea, ce trebuie să cadă în căușul celeilalte mâini; se schimbă poziția mâinilor; se repetă acțiunea cu cerința ca distanța dintre mâini să crească treptat, pe măsură ce siguranța de prindere și aruncare s-a ameliorat; mâinile în formă de căuș, mingea este ținută într-o mână; se cere să treacă mingea dintr-o mână în alta prin ușoară săltare a mingii (cu ușoară boltă); treptat distanța dintre mâini crește, urmărindu-se evitarea greșelilor.

• *Din poziția stînd cu picioarele în abducție (depărtate)*

Mingea este ținută într-o mână; se cere copilului să dea drumul la minge pentru a cădea pe sol cînd mingea ricoșează; să fie prinsă de cealaltă mână; acțiunea se repetă.

Din poziția stînd pe genunchi, se repetă toate exercițiile pe care copilul le-a executat din poziția așezat.

Din poziția stînd exercițiile dobîndesc o mai mare diversitate și libertate de acțiune, concretizate prin următoarele exerciții: aruncare și prindere din diferite poziții; aruncare și prindere cu ambele mâini și cu o singură mână; aruncarea mingii pe verticală și prinderea ei după executarea unei genuflexiuni sau a unor mișcări ale brațelor (bate din palme, imită zborul păsărilor etc.); aruncare pe verticală cu mîna dreaptă, prinderea cu mîna stîngă; aruncarea în perete și prinderea ei, cu creșterea treptată a distanței la care se aruncă.

Aceste mijloace pregătitoare au rolul de a-l face pe copil să înțeleagă și să-și perfecționeze mecanismele care conduc la obișnuirea abilității de prindere și aruncare, fapt ce ușurează mult procesul de reeducare, contribuind la formarea și fixarea engramelor motorii de prindere și aruncare a obiectelor.

Atenția trebuie orientată și asupra altor deprinderi de mare importanță:

- trecerea treptată la utilizarea diferitelor greutateți și mărimi: mic, mare, ușor greu, dur, elastic;
- să fie utilizate obiecte de diferite forme și culori diferite;
- să se urmărească permanent ca prinderea și aruncarea să fie executate alternativ cu mîna dreaptă, apoi cu stînga;
- aruncările și prinderile să fie executate din diferite poziții.

Efectele pozitive ale procesului de reeducare, atunci cînd ele există, sînt puse în evidență prin ușurința și corectitudinea în efectuarea gestului motric, eleganța mișcării, rapiditatea cu care alternează fazele mișcărilor ciclice, dar cea mai importantă este eficiența gestului motric solicitat.

## **Tîrîrea**

Este deprinderea în care coordonarea dintre brațe și picioare se constituie în formă de bază pentru realizarea deplasării. Utilizarea acestei deprinderi este motivată de faptul că influențează pozitiv întărirea musculaturii de la nivelul brațelor, picioarelor și a trunchiului.

Obișnuirea copilului cu mișcarea coordonată a brațelor și a picioarelor, pe timpul mersului, indiferent de vîrsta pe care o are, apelează la asemănarea deplasării omului cu cea întîlnită la unele animale, pornind cu mersul pisicii și șopîrliei și terminînd cu o mare varietate a formelor de tîrîre.

### • *Mersul pisicii*

Pentru a imita „mersul pisicii”, copilul are două posibilități: din stînd pe genunchi sau din decubit ventral:

- din stînd pe genunchi, cu bazinul pe călcîie, așază palmele pe sol în fața genunchilor, cu corpul ușor aplecat înainte. Se ridică bazinul de pe călcîi, repartizînd greutatea în mod egal pe picioare și pe palme, trunchiul la orizontală, capul ușor ridicat, privirea înainte;
- din decubit ventral, picioarele apropiate, palmele pe sol plasate în dreptul umerilor, coatele flectate. Prin împingere în brațe (extensia lor) trunchiul este ridicat, concomitent bazinul se ridică pînă ce coapsele ajung pe verticală, iar sprijinul este pe genunchi și pe palme. Copilul, ajuns în aceste poziții, execută deplasarea braț și picior opus.

În timpul exersării acestor forme de deplasare, terapeutul urmărește modul în care copilul plasează palma pe sol; dacă degetele sînt orientate spre direcția de înaintare, plasate în ușoară abducție; spatele este menținut la orizontală. Unii copii au tendința de a ridica spatele sau de a lăsa abdomenul în jos, iar privirea trebuie să fie orientată spre înainte, ceea ce impune menținerea capului ridicat.

### • *Mersul șopîrlei*

Utilizează aceeași poziție de plecare ca și la „mersului pisicii”, în sensul că stă pe genunchi cu bazinul așezat pe călcîie. Din această poziție, are două posibilități de a se deplasa, recurgînd fie la sistemul braț și picior opus, fie la brațul și piciorul de aceeași parte.

Se urmărește ca prima variantă să fie repetată mai mult timp, pentru a obișnui copilul cu coordonarea încrucișată dintre brațe și picioare. Deplasarea din această poziție se face, cu bazinul mai ridicat decît umerii, condiție în care capul trebuie să fie menținut în extensie pentru a putea privi înainte; „pașii” trebuie să fie mai scurți, pentru a putea menține poziția trunchiului cu bazinul mai ridicat decît nivelul umerilor; atenție asupra respirației; pentru a-și putea menține suflul, copilul poate imita pisica, poate cînta.

### • *Tîrîrea din decubit ventral*

Se realizează din decubit ventral cu genunchiul stîng în flexie și cu brațul drept întins, în timp ce brațul stîng este flectat, palma pe sol, în dreptul umărului.

Acțiunea constă din împingerea cu piciorul stîng și tracțiune cu brațul drept, pînă cînd ajung în dreptul umărului; în acest moment, copilul flectează piciorul drept și întinde spre înainte brațul stîng, pe care îl plasează cu palma pe sol. Aceeași succesiune motrică se repetă cu alternarea brațelor și picioarelor de partea opusă.

Atenție: efectuarea acestui procedeu poate ridica probleme pentru copilul cu tulburări de psihomotricitate, care, în timpul înaintării, ridică mult bazinul de pe sol și întoarce capul spre partea opusă brațului plasat în față sau privește în jos, situație în care ridică toracele, pentru a menține capul în această poziție. Tracțiunea în brațe este, în general, corectă, dar împingerea în piciorul flectat nu este eficientă, întrucît fie îl plasează pe vîrfurile piciorului, fie depărtează genunchiul de pe sol, nemaiavînd aderență cu solul.

- decubit ventral, brațele întinse înainte, palmele pe sol, tragerea corpului spre înainte prin îndoirea coatelor în lateral și împingere în vîrfurile picioarelor;
- decubit dorsal, genunchii flectați, tălpile pe sol, palmele pe sol în dreptul bazinului, împingere simultană a picioarelor și brațelor pentru tîrîre pe spate spre înapoi.



Atenția terapeutului este orientată asupra evitării unor greșeli ce pot fi efectuate de copil, ca de exemplu: ridicarea șezutei în timpul împingerii în picior; lipsa unei simultaneități în timpul împingerii în picior și tracțiunii cu brațul; în timpul acțiunii de împingere copilul ridică capul pentru a privi înainte, ceea ce are drept consecință ridicarea bazinului, scurtând cursa brațelor și picioarelor.

## Cățărarea

Este considerată ca o deprindere care oferă copilului posibilitatea de a se urca pe unele aparate sau dispozitive, cum ar fi scara fixă, lada, banca de gimnastică plasată oblic etc. Acest tip de activitate îl atrage pe copil, deoarece el dorește să ajungă mare și să demonstreze că este capabil să execute acest exercițiu. Atenția terapeutului trebuie să fie orientată asupra asigurării siguranței în acțiunea de cățărare.

În funcție de condițiile pe care terapeutul le are la dispoziție, atunci când organizează procesul de educare sau reeducare psihomotrică, mijloacele minime prin care poate să acționeze sînt: banca de gimnastică, scara fixă, scara de frînghie (marinărească), frînghia verticală sau prăjina.

Este de majoră importanță ca terapeutul să pornească la acțiune, avînd în vedere faptul că acest copil, cu tulburări sau dificultăți psihomotrice, are față de acțiunile în care pierde contactul cu solul o rezervă, nesiguranță, putînd ajunge pînă la blocare.

Cățărarea pe scara fixă oferă terapeutului posibilitatea de a organiza acțiuni prin intermediul cărora copilul să-și învingă frica față de senzația de gol. În acest sens, îi cere copilului ca în timpul cățărării pe scara fixă să privească în jos și să verbalizeze mișcările pe care le execută terapeutul.

Ca modalitate de stimulare a posibilității de a se cățăra cît mai sus, i se cere copilului să se cațere pînă ajunge la înălțimea tatălui său: „Vrei să fii mai înalt decît tatăl tău? Să văd cît de înalt vrei să fii. Vrei să culegi fructe din pom? Să văd cît de înalt este mărul, părul sau caisul din care vei culege fructe!”

După ce copilul a dobîndit capacitatea de a se cățăra și și-a învins teama de înălțime, se trece la etapa în care cățărarea se execută cu fața la scara fixă, iar coborîrea se execută cu spatele la scară. Pentru început, se cere copilului să se cațere pe 3-4 șipci, să se întoarcă cu spatele la scară pentru a efectua coborîrea. Înălțimea pînă la care se poate cățăra sau coborî cu fața sau cu spatele crește treptat în funcție de posibilitățile copilului de adaptare la aceste solicitări.

### • Cățărarea cu braț și picior opus, pe scara fixă

Stînd cu fața la scară, ridică brațul drept și apucă șipca cît de sus poate. Ridică piciorul stîng și îl plasează pe șipcă. Prin tracțiune în braț și împingere în piciorul sprijinit pe o șipcă, copilul se ridică, în sprijin pe scară, ridică celălalt braț și apucă, timp în care piciorul se plasează mai sus decît piciorul de sprijin. În acest mod se asigură ridicarea la scara fixă.

Terapeutul, plasat în spatele copilului, îl prinde cu ambele mîini de mijloc, pentru a-i da siguranță în acțiune. După cîteva repetări, deși este plasat în spatele copilului, siguranța este concretizată prin prezență, și nu prin sprijin.

Coborîrea de pe scara fixă se execută prin deplasarea mîinii și piciorului opus la 2-3 șipci. În această privință, este coborîtă mîna cu 2-3 șipci, după care se deplasează piciorul cu același număr de șipci (2-3). Se continuă acțiunea cu celălalt braț și picior opus pînă se ajunge pe sol.

## Trecere peste obstacole

### • Escaladarea

Escaladarea este o deprindere motrică complexă, întrucît în conținutul său sînt cuprinse unele acțiuni cum ar fi alergare, săritură în adîncime, tracțiuni în brațe. Utilizînd acest sistem complex de mijloace, terapeutul urmărește să verifice: capacitatea copilului de a adapta aceste deprinderi la condițiile în care ele sînt incluse într-o structură corect organizată; posibilitatea copilului de a executa cît mai corect fiecare structură a mișcărilor incluse în acest exercițiu; modul în care asigură caracterul fluent al deplasării și al orientării corpului în timpul trecerii peste obstacole; nivelul de dezvoltare al simțului de orientare în spațiu și de găsire a soluțiilor celor mai potrivite pentru a depăși momentele mai dificile din timpul desfășurării acțiunilor de escaladare.

Procedeele prin care copilul poate escalada aparatele sînt în funcție de forma și înălțimea aparatului, de modalitățile de deplasare și de cățărare sau pășire peste sau pe aparat și de cerințele de coborîre de pe aparat. În această privință terapeutul poate utiliza: banca de gimnastică, lada, mingea medicinală, iar modalitățile practice de escaladare pot fi diferite.

Modalitățile de plasare a piciorului pe aparat: unii copii așază vîrfurile piciorului, alții călcîiul.

Maniera în care aterizează pe aparat: unii copii au o aterizare dură, în sensul că picioarele sînt întinse, ceea ce determină o stare de disconfort pentru copil. Corpul este menținut într-o poziție defectuoasă, fapt ce conduce la dezechilibrare mai ales atunci cînd corpul rămîne mult înapoia picioarelor care aterizează; corpul este mult prea în față, ceea ce îngreunează acțiunea brațelor și mai ales a picioarelor.

Posibilitățile de utilizarea aparatelor sînt destul de largi, terapeutul utilizează acest procedeu în funcție de particularitățile de diagnostic diferențial al copilului:

- 1) mers-pășire pe banca de gimnastică, mers, pășire pe lada de gimnastică (o cutie) – săritură în adîncime;
- 2) alergare 2-3 m – pășire pe bancă, pășire pe ladă (2-3 cutii), coborîre prin alunecare pe marginea lăzii;
- 3) alergare 2-3 m – pășire pe 2-3 saci cu nisip (sau pe o minge medicinală mare), pășire pe bancă, alergare 1,5-2 m, cățărare pe ladă (3-4 cutii), coborîre prin alunecare pe tobogan;
- 4) alergare 2-3 m pășire pe banca de gimnastică, deplasare pe banca așezată în lungime, mers în echilibru pînă la celălalt capăt, cățărare pe ladă (3-4 cutii), mers în ghemuit pe lada așezată cît mai aproape de scara fixă, coborîre prin pășire pe fiecare șipcă a scării.



## CONDUITELE NEUROMOTRICE

### **Informațiile senzoriale în relație cu actele motrice**

Informațiile senzoriale ale actelor motrice sînt condiționate de aferența inversă, adică de înseși mișcările care se produc și de conexiunile cu obiectele asupra cărora acționează.

În procesul de educare sau reeducare psihomotrică senzațiile au un rol important, întrucît actul motric este condiționat, în principal, de senzațiile vizuale, auditive, chinestezice, de echilibru și de orientare a mișcărilor în spațiu (M. Epuran, 1976, p. 127).

*Senzațiile vizuale* îi permit copilului să se orienteze în spațiu și să beneficieze de lumina și culorile pe care mediul înconjurător le oferă. Realitatea în care se desfășoară procesul de educare sau reeducare psihomotrică trebuie să fie dominată de lumină, pentru a putea copilul să acționeze în deplinătatea funcției sale (vederea) pentru a percepe și reține: forma și culoarea obiectelor cu care vine în contact; modalitatea de adaptare la spațiul în care trăiește și se mișcă; încadrarea în orice moment la modificările ce intervin în mediul înconjurător.

*Senzațiile auditive* au o importanță deosebită, întrucît este principala cale prin care copilul intră în legătură cu cei din jur. Comunicarea, sub diferitele ei forme, îl ajută pe copil să perceapă vocea umană, dar și sunetele pe care mediul înconjurător le emite. Senzațiile auditive oferă copilului următoarele posibilități: de a percepe direcția de unde vin sunetele prin intermediul ambelor urechi; de a diferenția intensitatea sunetelor care se întind pe o paletă destul de largă, de la sunete grave pînă la cele mai ascuțite; de apreciere relativă a distanțelor la care se află sursa sonoră; de a aprecia de unde vine sursa sonoră, pentru a se orienta în spațiu; de a diferenția natura sursei sonore, care poate fi umană, mecanică sau electronică; copilului mic, de a diferenția vocea mamei de cea a tatălui, iar mai tîrziu, a celor din mediul social în care crește și se dezvoltă.

*Senzațiile kinestezice*, numite și musculo-articulare, îl înștiințează pe copil despre mișcarea și poziția diferitelor părți ale corpului. Simțul chinestezic informează scoarța cerebrală despre modul în care sînt executate mișcările, fapt ce permite să fie ținute sub control atît reflexele tonice de postură, cît și caracterul coordonat al mișcărilor. După M. Epuran (1976, p. 130), simțul chinestezic informează scoarța despre poziția părților corpului, mișcarea părților corpului, rezistența întîlnită de segmentele corpului în mișcare sau rezistența care trebuie învinsă prin mișcare.

### *Pozițiile părților corpului*

Poziția corpului nu poate fi disociată de starea psihică a copilului. Definită cu termenul de psihism, această stare particulară a organismului poate favoriza sau

diminua procesul de relaxare musculară și ajuta copilul să ia cunoștință de existența corpului său și de resursele motrice de care dispune.

Fiecare poziție are o trimitere la o anumită imagine despre sine, pe care o trăiește într-un anumit fel. Ceea ce rezultă din diversele poziții, în care se poate afla în mod obișnuit un copil (stînd, așezat sau decubit), poate fi considerat fie ca un mijloc pregătitor pentru declanșarea exercițiului terapeutic fie ca un element intermediar, în desfășurarea sistemului de mișcări al acestor exerciții.

Seleționarea pozițiilor inițiale impune și unele restricții, cea mai importantă fiind cea legată de alegerea momentului oportun, adică atunci cînd copilul dispune de resursele psiho-fizice, necesare pentru a executa exercițiul indicat.

### *Mișcările părților corpului*

Mișcările corpului sînt complexe, fapt concretizat prin interferența planurilor în care se desfășoară, sagital, frontal sau transversal, cît și prin caracteristicile pe care le prezintă, active sau pasive.

Mișcările active prezintă o gamă largă de particularități, la baza lor aflîndu-se forța mișcării, cea aflată totdeauna la originea ieșirii corpului dintr-o stare de repaus sau a modifica mișcarea existentă. Aceste forțe pot fi exterioare sau interioare, la rîndul lor putînd fi influențate de poziția corpului, traiectoria mișcării cu componentele sale, direcția mișcării, amplitudinea și lungimea traiectoriei, forma traiectoriei (rectilinie sau curbilinie), de viteza, tempoul și ritmul mișcărilor.

Mișcările sînt grupate sub forma unor exerciții motrice, care pot fi definite ca fiind acțiuni motrice, conștient organizate și sistematic repetate, pentru realizarea obiectivelor procesului de educare sau reeducare psihomotrică. Exercițiile motrice sînt utilizate cu rol formativ, fiind sub un permanent control pedagogic.

În procesul de educare sau reeducare psihomotrică, terapeutul selecționează sistemul de mijloace în strict acord cu nivelul de dezvoltare a copilului pe plan fizic și psihic. Terapeutul are în vedere că mijloacele utilizate, pentru a influența pozitiv evoluția copilului, trebuie să fie în strînsă concordanță cu următoarele coordonate:

- particularitățile individuale ale copilului;
- utilizarea unei metodologii adecvate de implicare activă a copilului în procesul de reeducare;
- preocupările copilului, pe care să le considere ca pe o realizare a propriei gîndiri;
- ambianța în care se desfășoară procesul de educare sau reeducare psihomotrică să apară pentru copil ca fiind total diferită de cea în care a trăit pînă în acel moment;
- diversitatea mijloacelor utilizate și a metodelor de stimulare din timpul lecțiilor trebuie să fie de natură a da satisfacții atît copilului și familiei sale, cît și terapeutului, artizanul acestui dificil proces de educare și reeducare pe plan psihomotric.

Educarea mișcărilor globale ale copilului cu tulburări sau dificultăți psihomotrice impune ca în organizarea acestui proces atenția să fie orientată asupra elementelor de bază, care conduc la conștientizarea senzațiilor kinestezice.

Copilul, pentru a percepe modalitățile prin care poate să-și miște părțile corpului trebuie să înțeleagă *ce este mișcarea și ce este lipsa de mișcare*. Mișcarea, după M. Montessori (citată de R. Jeudon, 1970, p. 98), este considerată ca o „punte de legătură între gîndire și acțiune”. În acest context, mișcarea trebuie văzută ca o cerință



necesară formării și dezvoltării personalității. Copilul cu tulburări psihomotrice, în funcție de particularitățile diagnosticului diferențial și de vîrstă, trebuie pregătit pentru a înțelege ce este mișcarea corpului și a părților sale.

Este de datoria terapeutului să organizeze procesul de reeducare, de așa manieră încît copilul să perceapă schema sa corporală, atît pe planul activităților globale, cît pe cel al motricității fine.

Direcțiile de acționare în această privință sînt: cunoașterea propriului corp; accent pe mișcările pe care fiecare parte a corpului le poate efectua în spațiu; să perceapă senzațiile musculare pe care le dobîndește prin mișcarea acelei părți a corpului, dar și starea de relaxare ce urmează după efortul depus; să-și formeze schema corporală, ceea ce-i asigură posibilitatea de a înțelege și reține mișcările, dar și capacitatea de a răspunde corespunzător la cerințele terapeutului.

În timpul efectuării mișcărilor, simțul kinestezic ne informează în permanență despre caracterul lor, dînd scoarței posibilitatea să comande acțiunile următoare (M. Epuran, 1976, p. 130). În acest sens, se poate utiliza următorul procedeu:

Copilul în decubit dorsal, cu capul sprijinit pe un săculeț cu nisip, brațele pe lîngă corp, palmele pe sol, picioarele întinse, puțin depărtate; terapeutul plasat în lateral, cît mai aproape de copil, îi oferă următoarea explicație: să ne imaginăm că ești o păpușă mai mare, care are prinse de mîini și picioare cîte o sfoară, prin care noi putem să te mișcăm (în cazul în care capacitatea de înțelegere este mai redusă, se trece la înfăptuirea practică a acestei sugestii).

Terapeutul îi solicită copilului să-i urmărească mișcarea mîinii, care ține capătul sforii virtuale (sau reale), pentru a executa mișcarea segmentului, în direcția în care terapeutul mișcă mîna. Aceasta este o modalitate sigură de a dezvolta capacitatea de înțelegere a ceea ce reprezintă, de fapt, o mișcare, ale cărei control tonic, mobilitate și posibilitate de destindere îi aparțin copilului.

Terapeutul are libertatea de a utiliza numai acele procedee care se adaptează cel mai bine particularităților motrice și psihice ale copilului. În acest sens, paleta de procedee poate cuprinde următoarele exemple:

- din așezat cu spatele sprijinit de un perete, să împingă în picioare pentru a „mișca peretele”;
- din stînd, să flecteze genunchii și să imite gestul că ridică o greutate;
- din decubit ventral, brațele în lateral, prin extensia trunchiului, a brațelor și picioarelor, să imite zborul unui avion.

### *Apucarea, manevrarea și eliberarea unui obiect*

Reprezintă acțiunile prin intermediul cărora terapeutul educă sau reeducă deprinderea de a apuca, manevra și elibera un obiect în funcție de capacitatea de percepere a acțiunilor organizate de către terapeut.

### *Prehensiunea*

Mîna omului este arhitectural și funcțional dezvoltată, astfel încît să poată dispune de șase forme principale de prehensiune:

- de finețe: între police și index;
- tridigitală: între primele trei degete denumită și priza toc;

- bidigitală subtermino-laterală: între police și fața externă a indexului (priza pentru farfurie);
- polidigito-palmară: priza de forță folosită pentru ciocan;
- digito-palmară: folosită la volanul mașinii;
- interdigitală latero-laterală, folosită pentru țigară între degetele II, III.

Prinderea unui obiect este, pe de o parte, în funcție de forma, dimensiunile, volumul și greutatea pe care o are, iar pe de altă parte, de forța și precizia pe care o pretinde mișcarea ce urmează a fi executată (Cl. Baciuc, 1981, p. 628)

Prehensiunea este rezultatul unei activități complexe a membrului superior, pentru care articulația umărului, cotului, pumnului și a mîinii asigură condiții optime de apucare a unui obiect.

Educarea senzațiilor tactile vizează simultan acțiunile brațelor și mîinilor, care sînt într-o strînsă interdependență, brațul avînd rolul de a orienta mișcarea mîinii în direcția în care se află, din care vine sau se va afla obiectul, iar mîna de a apuca obiectul de pe loc sau de a-l prinde în condițiile în care acesta se deplasează, indiferent de traiectoria sa: curbă, orizontală, verticală sau dacă ricoșează.

Educarea sau reeducarea prehensiunii, cu accent pe forma sa dinamică, se realizează prin intermediul mingilor de diferite mărimi, ce pot fi medicinale sau elastice, sau cu gantere de mică greutate.

Acțiunea are ca punct de plecare deprinderea copilului în apucarea mingilor mici, ce pot fi prinse cu o singură mînă.

Educarea sau reeducarea apucării mingii parcurge mai multe trepte metodice în care copilul este îndrumat să apuce o minge care se află pe masă; urmărindu-se modul în care o apucă și mîna pe care o folosește (este dreptaci sau stîngaci); se solicită apoi să treacă mingea dintr-o mînă în alta, prin apucare directă, urmărindu-se ușurința sau dificultatea de transfer a mingii, poziția brațelor cu coatele flectate sau întinse, priza realizîndu-se de sus în jos cu apucarea mingii din lateral; să „plimbe” mingea între cele două palme cu palmele plasate pe verticală sau pe orizontală; să treacă mingea dintr-o mînă în alta, printr-o ușoară lansare crescînd treptat, distanța dintre mîini; să lase să cadă mingea pe masă și să o prindă cînd revine; să prindă mingea care revine de pe sol, pe care o lansează din ce în ce mai de sus.

Inițierea copilului în apucarea mingii nu trebuie localizată doar la nivelul mîinii. Atenția terapeutului trebuie să fie orientată și asupra modului în care copilul implică direct brațul, în această deprindere de apucare și prindere a unui obiect. În acest sens se urmăresc: poziția brațelor și a mîinilor în momentul prinderii mingii; poziția palmelor pentru a reuși să prindă mingea; modul în care orientează brațele și mîinile, în funcție de traiectoria pe care o are mingea; poziția corpului și a brațelor pentru a prinde mingea, a cărei traiectorie nu este îndreptată spre el; modalitățile de amortizare a șocului produs la contactul palmelor cu mingea; dacă brațele sînt flectate atunci cînd este prinsă mingea; obișnuirea cu prinderea și lansarea mingilor de dimensiuni și greutăți diferite.

#### *Modificarea poziției corpului în funcție de traiectoria mingii*

După ce copilul a fost inițiat în a prinde mingea din poziția stînd, este momentul să-l obișnuim să adopte și alte poziții, în funcție de modul în care se



deplasează mingea. În acest sens, copilul este pus în situația de a urmări și de a decide cum poate prinde o minge care are altă traiectorie decât cea cu care s-a obișnuit.

Terapeutul modifică sistemul de lansare a obiectului, urmărind modul în care copilul găsește soluția de a prinde din zbor. În acest sens, se utilizează următoarele procedee: se rostogolește mingea pe sol; se aruncă mingea jos, pe sol; se aruncă mingea în sus; copilul cu fața la perete; se aruncă mingea, dar copilul nu cunoaște în ce direcție se deplasează mingea; se urmărește reacția copilului; sînt aruncate două mingi; se urmărește spre care dintre mingi se îndreaptă. Aceste procedee sînt utilizate numai după ce copilul a dobîndit capacitatea de a prinde și arunca mingea.

O altă observație, de care trebuie să se țină seama, vizează ritmul de lucru, care, la început, trebuie să fie cît mai lent, pentru a oferi copilului posibilitatea de a pătrunde în esență mișcărilor, de a se înscrie în cerințele care privesc aruncarea și prinderea obiectelor.

### *Manevrarea*

La baza manevrării obiectelor stau apucarea și ținerea lor, pentru a putea fi deplasate în sensul dorit de copil sau impus de terapeut. Manevrarea îi solicită copilului capacitatea de concentrare a atenției asupra modului în care coordonează brațele și mîinile, pentru a manevra cu precizie, rapiditate și eficiență obiectul.

La copilul cu tulburări psihomotrice, deși reușește să apuce și să țină un obiect cu relativă ușurință, dificultatea apare atunci cînd este în situația de a-l manevra. Principalele cauze ale acestui neajuns își au originea în incapacitatea de a armoniza mișcarea brațelor și a mîinilor cu privirea; în dificultatea de a coordona mîinile pentru a realiza mișcarea care solicită un anumit nivel al abilității; în reținerea sau chiar teama de a nu reuși să execute corect acel act motric, fapt ce-l determină să țină obiectul în mînă și să privească undeva, în gol.

Terapeutul trebuie să utilizeze numai acele procedee metodice care, prin structura lor, prin modul de organizare, dar și prin efectele ce se obțin, îl introduc pe copil la dobîndirea încrederii în posibilitățile sale. În acest sens, acțiunile au ca punct de referință următoarele repere:

- Dobîndirea capacității de a apuca și reține obiectul din poziții diferite ale brațelor, trunchiului și picioarelor; acest fapt îl obligă pe copil să execute apucarea și ținerea obiectelor cu mîinile în poziții diferite.
- Folosirea simultană a ambelor mîini pentru a realiza acțiuni, cum ar fi să apuce două mingi plasate în poziții diferite, una lîngă alta, una după alta, la distanțe diferite; pe planuri diferite (una mai sus, cealaltă mai jos); de greutate diferite; de mărime diferite. Notă: modificarea pozițiilor, formelor și greutăților se execută alternativ cu mîna dreaptă, apoi cu stînga; această alternare are rolul de a lărgi sfera de înțelegere a diferitelor elemente și mai ales de a favoriza promovarea ambidextriei.
- După însușirea tehnicii de apucare a obiectelor, se execută mișcări ale brațelor în același sens, apoi în sensuri diferite; în această privință, se întîlnesc situații cînd copilul nu poate mișca brațele în sensuri diferite, terapeutul fiind obligat să ajute copilul, prin susținerea brațelor sale, pînă ce acesta percepe mișcarea corectă.
- Obișnuirea cu mișcarea brațelor avînd obiectele în mîini este urmată de executarea acestor acțiuni în deplasare prin sală; la început, mișcărilor sînt executate lent,

trecînd treptat la creșterea vitezei de deplasare; pentru a ușura înțelegerea acțiunii, mișcările pot fi însoțite de muzică, ceea ce contribuie la o angajare mai activă a copilului în procesul de educare sau reeducare psihomotrică pe care îl parcurge.

*Manevrarea obiectelor* pune în valoare abilitatea copilului de a folosi mîinile pentru a intra în posesia obiectului, pentru a fi folosit în funcție de dorințe sau trebuințe sau pentru a-i modifica poziția.

Abilitatea manuală este considerată ca o aptitudine de a ști să te servești de mîinile tale cu pricepere, de a efectua manual acțiuni care solicită precizie, finețe, fără a fi limitată numai la factori senzorio-motori, fiind considerată ca o rezultată a dispozițiilor temperamentale și mai ales a proceselor intelectuale (Păunescu-Mușu, 1990, p. 185).

Educarea sau reeducarea, cu referire la manevrarea obiectelor, impun ca terapeutul să cuprindă în sfera lui de preocupări și componentele de bază ale abilităților manuale. În acest sens, acțiunile trebuie să fie orientate în așa fel încît să permită copilului să dobîndească următoarele componente formative:

- să aibă bine stabilit scopul pentru care apucă și manevrează obiectul;
- să adapteze mîinile și brațele pentru a reuși să apuce și să manevreze corect obiectul;
- să dobîndească agilitatea corespunzătoare a degetelor pentru a reuși să efectueze mișcări rapide și fine;
- mișcările să fie precis programate, fapt ce va ilustra, ulterior, delicatețea gestuală și armonia actelor motrice;
- coordonarea mîinilor, pentru a efectua acte motrice într-o succesiune bine definită, se va regăsi, ulterior, în abilitatea de a realiza mișcări rapide, precise și eficiente;
- să pună în valoare capacitatea de a acționa cu ambele mîini, cît mai corect posibil, la un nivel corespunzător al abilităților de care dispune.

Abilitățile manuale ale copilului pot fi puse în evidență prin intermediul mînuirii obiectelor uzuale, în discuție fiind următoarele cerințe: cunoașterea modului în care aceste obiecte pot fi folosite; poziționarea cît mai corectă a corpului, brațelor și mîinilor pentru a fi adaptate specificului acțiunii ce urmează a fi efectuată; efectuarea cît mai precisă și eficientă a acțiunii; asigurarea integrității obiectelor pe care le manevrează.

Paleta mijloacelor prin care se poate verifica nivelul abilităților manuale ale copilului este extrem de largă, parte dintre acestea fiind prezentate în cele ce urmează: să reușească să îmbrace hainele și să-și încheie nasturii; să se încalțe și să lege singur șireturile; să folosească tacîmurile; să deschidă și să închidă ușa; să manevreze dopul unei sticle de plastic; să tragă un fermoar; să utilizeze corect instrumentele de scris și desenat; să umple un pahar din sticlă cu apă și să bea din el.

### *Eliberarea obiectului*

Acțiunea de eliberare a obiectelor vizează două aspecte importante:

- eliberarea obiectelor pe care copilul le-a apucat și manevrat, pentru a fi plasate într-un loc dinainte stabilit;
- lansarea obiectelor la distanță sau la țintă, modalitate ce va fi analizată pe larg, în cadrul metodologiei educării deprinderilor motrice.



Primul aspect, al eliberării obiectelor, analizat în acest capitol, reprezintă modalitatea prin care copilul intră în posesia obiectului, apoi posibilitățile de manevrare, pentru ca în final să-l plaseze într-un loc prestabilit, în deplină siguranță și stabilitate. În acest sens, atenția terapeutului este îndreptată asupra modalităților de instruire a copilului, pentru a-l obișnui cu apucarea și eliberarea obiectelor, în funcție de următoarele criterii: forma, greutatea și consistența lor; necesitatea de a fi în prealabil transportate, pentru a fi ordonate și așezate ulterior într-un alt spațiu; condițiile în care obiectul trebuie manevrat, sub raportul rapidității, integrității și utilității sale.

Procesul educării sau reeducării stă însă și sub semnul corelației care există între cele trei forme de bază de folosire a obiectelor: apucarea, manevrarea și eliberarea lor. În acest sens, se acționează practic, pentru o execuție cât mai corectă a acțiunii globale; verbalizând modul în care sînt executate componentele de bază ale apucării, manevrării și eliberării obiectului; executînd secvențial fiecare componentă, solicitînd copilului să demonstreze și să explice ceea ce a înțeles prin apucare și eliberare.

Pe plan metodologic, acțiunea de apucare, manevrare și eliberare începe de la terapeut, care oferă copilului un obiect (de regulă, se folosesc obiecte incasabile) pentru a fi apucat, manevrat și eliberat în condiții statice și dinamice. Dacă acțiunea este executată în condiții statice (copilul stă pe loc), se oferă obiectul unui partener; se trece la manevrarea obiectului executînd pași în lateral și la eliberarea lui în condiții normale; cînd manevrarea obiectului se execută din mers pe distanțe, la început mici, apoi cu creșterea treptată a distanței și din alergare, cu creșterea treptată a greutății și volumului obiectelor, cu modificarea modalităților de apucare și de transport prin: apucare cu două mâini; apucare și sprijinirea obiectului de piept; transportul obiectului ținut cu ambele mâini în față, deasupra capului sau în spate, din mers și alergare.

În executarea mișcărilor de apucare, manevrare și eliberare pot fi întîlnite și unele greșeli. Cauzele sînt multiple: lipsa de înțelegere corectă a modului în care se execută acțiunea; adoptarea unei poziții necorespunzătoare a corpului și în special a brațului (sau brațelor) pentru apucare, dar și pentru manevrarea obiectului; dificultăți de armonizare a mișcării brațului cu cea a mîinii, pentru eliberarea obiectului; aprecierea greșită a modului de manevrare a obiectului, ceea ce conduce la eliberarea lui prematură, mai ales a obiectelor casabile; cele trei componente sînt executate într-o stare de încordare a musculaturii corpului, ceea ce determină: imprecizia actelor motrice; mobilitate limitată; lipsă de control a mișcărilor mîinilor; eliberare secvențională.

Principala cale de a lărgi gama de mijloace, prin intermediul cărora terapeutul să poată acționa asupra formării senzațiilor chinestezice, o reprezintă obiectele din material plastic, de forme și greutăți diferite, ce asigură atît protecția copilului cît și integritatea lor structurală.

*Rezistența întîlnită de segmentele corpului în mișcare sau rezistența care trebuie învinsă prin mișcare*

Senzațiile chinestezice au un rol însemnat în coordonarea și executarea mișcărilor, fapt concretizat prin informațiile pe care scoarța cerebrală le primește de la mușchi, tendoane și suprafețele articulare.

Copilul cu tulburări de psihomotricitate trebuie minuțios pregătit pentru a reuși să se încadreze în sistemul de cerințe, pe care realitatea în care trăiește le impune. În acest sens, atenția terapeutului este orientată în direcția dobândirii de către copil a deprinderilor motrice habituale, concretizate sub forma structurilor motrice de autoservire; elementelor de igienă personală; componentelor impuse de mediul social în care trăiește.

*Structurile motrice de autoservire vizează următoarele aspecte:*

- *mobilitatea*, concretizată astfel: cum reușește să se plaseze corect în pat; să se învelească; să se întoarcă corect într-o parte sau alta; să manevreze obiectele de pe noptieră; să se ridice din pat; să părăsească patul;
- *alimentare*: să folosească farfuriile în mod corespunzător; să utilizeze corect lingura, furculița și cuțitul; să știe când trebuie folosite aceste tacâmuri, cum trebuie apucate și manevrate; să utilizeze corect paharul sau cana pentru a bea; să aprecieze corect când alimentele sînt prea fierbinți sau prea reci; să mențină o poziție corectă a trunchiului în timp ce ia masa;
- *îmbrăcare*: reușește să îmbrace și dezbrace haina și lenjeria de corp; încheie și descheie nasturii; încălță și descălță pantofii; reușește să treacă șireturile prin găurile de la pantof, face nodul la șireturi;
- *elementele de igienă personală* constituie un aspect important privitor la capacitatea copilului de a-și însuși aspectele legate de igiena personală: cum se spală pe mîini, pe față, pe dinți; cum utilizează hîrtia igienică; dacă are capacitatea de a manipula corect hainele atunci cînd folosește WC -ul; se spală pe mîini după ce a fost la WC; cum folosește baia; reușește să intre și să iasă din baie; are nevoie de ajutor sau nu pentru a realiza obiectivele propuse mai sus.

*Componentele impuse de mediul în care trăiește se referă la folosirea utilităților, comunicare și autonomie de deplasare.*

- *Utilitățile* aduc în discuție modul în care copilul reușește să răsucescă întrerupătorul pentru lumină; dacă deschide și închide robinetul la apă; dacă închide și deschide corect ușa utilizînd o singură mînă; dacă poate închide și deschide un sertar, o fereastră; poate încuia ușa cu cheia; cum manevrează foarfecele.
- *Comunicarea*: dacă este capabil să alcătuiască o propoziție; dacă poate să-și exprime corect dorințele sau dificultățile pe care le întâmpină; cum comunică cu o persoană străină; dacă este capabil să-și exprime acordul sau dezacordul legat de o anumită problemă; dacă își cunoaște numele; dacă știe unde locuiește (strada, numărul, localitatea).
- *Autonomia de deplasare*: dacă are capacitatea de a se deplasa; dacă își coordonează brațele cu picioarele în timpul deplasării; dacă urcă și coboară scările; se poate deplasa sau nu în lateral, îndărăt și în ghemuit; dacă poate folosi mijloacele de transport în comun; dacă poate transporta unele obiecte și să nu le scape din mînă, dacă poate să se așeze și să se ridice de pe scaun și din pat.

Terapeutul și familia copilului trebuie să colaboreze pentru a forma și dezvolta aceste deprinderi motrice habituale. Inițiat de către terapeut, copilul trebuie pus în situația practică de a-și forma aceste deprinderi, cu precădere, în familie. Părinții



sesizează dificultățile ce apar în timpul repetării acestor deprinderi, pentru ca terapeutul să poată interveni, din timp, pentru a le corecta. Abordarea capacității de auto-servire trebuie să cuprindă, pe lângă modalitatea de execuție corectă a acțiunilor respective sub raport structural pozițiile din care deprinderile motrice deficitare vor fi abordate.

Un alt aspect ce trebuie urmărit privește eficiența acțiunilor, modul în care reușește să coreleze mișcările pentru a le efectua cât mai corect, cu mare precizie și adresabilitate.

Terapeutul, pentru a forma și consolida deprinderile motrice habituale, utilizează următoarele trepte metodice: sistematizează deprinderile, în funcție de utilitatea lor imediată; prezentarea verbală a structurii acțiunii respective; demonstrarea modului cum trebuie executată acțiunea; reprezentarea ideomotorie a deprinderii ce urmează a fi exersată, însoțită de verbalizarea de către copil a acțiunii pe care o execută; evidențierea momentelor mai dificile pe care copilul le întâmpină în executarea acțiunii și stabilirea posibilităților de a fi depășite; dezvoltarea capacității de autoapreciere a modului în care este efectuată deprinderea respectivă.

Exercițiile fizice pe care copilul trebuie să le practice, se referă, în principal, la efortul ce trebuie depus pentru a realiza tracțiune, împingere, ridicare și transport de greutate. Utilizarea acestor acțiuni de către copilul cu tulburări psihomotrice impune adaptarea efortului la particularitățile de diagnostic diferențial și de vîrsta cronologică. Scopul urmărit este ca mușchii, tendoanele și suprafețele articulare să reziste, la solicitările impuse de specificul acțiunilor în curs de desfășurare.

### **Relaxarea**

Relaxarea este o formă de autoreglare psiho-fizică prin care comportamentul uman este orientat spre obținerea unei stări de repaus, concretizat prin decontracturare musculară și psihică. Este cunoscut că, pentru a dobîndi un randament superior în diferite forme de activitate, omul trebuie să-și mobilizeze resursele energetice pe plan fizic și psihic.

În activitatea de educare sau reeducare psihomotrică, relaxarea este calea prin care se asigură echilibrul emoțional, dar, în același timp, oferă și disponibilitatea mentală pentru activitatea ce urmează a fi efectuată.

Copilul cu tulburări sau dificultăți psihomotrice, din cauza stărilor sale de crispare, de jenă, de frică, se angrenează destul de greu într-o relație educativă sau reeducativă. Terapeutul, pentru a reuși să angreneze în activitate un copil, cu un asemenea profil psihologic, trebuie să obțină, în primul rînd, încrederea în acțiunile pe care i le oferă.

Relaxarea oferă posibilitatea conștientizării proprioceptive, ceea ce va conduce la o percepție a segmentelor, cât și a corpului, mult mai precis localizată. Se impune ca mișcările de relaxare să fie corect selecționate și precis direcționate, pentru a obține efectele calitative scontate.

Sistemul de mijloace utilizat în scopul relaxării globale sau segmentare, trebuie să fie bine perceput de către copil, iar traducerea lui practică să fie clădită pe o stare de degajare, fără încordare, fără agitație.

Obținerea stării de relaxare are ca punct de plecare înțelegerea și realizarea de către copil ale stării de repaus, în care musculatura nu trebuie să fie în tensiune. Copilul trebuie să perceapă și să înfăptuiască starea de calm și de repaus, la nivelul întregului său corp, condiții esențiale pentru a reuși să se debaraseze și de tensiunile psihice care îl domină.

Activitatea metodică a terapeutului este pusă în valoare și prin modul în care copilul reușește să selecționeze și aplice sistemul de mijloace, prin intermediul cărora acesta dobândește capacitatea de a se încadra în sistemul de cerințe privitoare la relaxare.

### *Metodologia însușirii procedeelor de relaxare*

Utilizarea procedeelor de relaxare, în cadrul procesului de educare sau reeducare psihomotrică, impune ca terapeutul să asigure condițiile optime de desfășurare a acțiunilor propuse, să orienteze procesul de dobândire a capacității de relaxare, în raport cu particularitățile fizice și psihice ale subiectului, dar și în funcție de obiectivele urmărite după cum urmează:

- în cadrul dialogului pe care îl are cu subiectul, terapeutul trebuie să-i prezinte modul în care trebuie să-și poziționeze corpul pentru a reuși să se relaxeze;
- să parcurgă, treptat, etapele care conduc la înțelegerea și realizarea, în fapt, a relaxării;
- subiectul, în funcție de posibilitățile sale motrice, să aleagă poziția în care se simte cel mai bine, pentru a reuși să se relaxeze; să-și adapteze respirația la poziția pe care o adoptă; să perceapă că destinderea într-o poziție comodă este asociată și cu modificarea ritmului respirator; să-și inducă o stare de calm, de liniște, de moleșală; să se apropie de starea de somnolență; să aibă sentimentul de degajare, de plutire; să treacă treptat la starea de bine, de trezire, de încadrare în realitatea obiectivă.

În al treilea rând, să orienteze subiectul în direcția înțelegerii și respectării unor cerințe minime, care, de fapt, determină conținutul și formele prin care relaxarea este exprimată cel mai bine.

Pornind de la aceste repere, terapeutul își poate orienta atenția asupra acelor două procedee de bază: relaxarea globală și relaxarea segmentară.

### *Relaxarea globală*

Este un proces analitic ce asigură decontracturarea grupelor musculare și oferă condiții pentru „echilibru emoțional și disponibilitate mentală”.

Relaxarea globală poate fi obținută în condițiile în care subiectul este plasat într-o încăpere liniștită, care să nu perturbe starea de concentrare a atenției spre acțiunile ce urmează a fi efectuate. Această condiție fiind asigurată, subiectul poate adopta una din următoarele poziții:

- decubit dorsal cu brațele întinse pe lângă corp, în ușoară abducție, palmele în supinație, picioarele întinse și puțin depărtate, ochii închiși; în această poziție, terapeutul, plasat în lateral, poate interveni pentru a coordona starea de contracție și relaxare a diferitelor segmente ale corpului;



- decubit dorsal, gambele flectate la 90°, brațele în abducție la nivelul umerilor, antebrățele flectate, palmele în supinație, ochii închiși;
- așezat pe un fotoliu, brațele în lateral, capul aplecat spre înainte, bărbia în piept.

Folosind una din aceste poziții, se poate recurge la un ciclu de exerciții din cadrul metodei Schultz.

Pentru a asigura starea de calm, se apelează la formule prin intermediul cărora se induce starea, de destindere cum ar fi: „sînt calm și destins”, „sînt liniștit”, „nimic nu mă tulbură”.

Copilul este invitat să-și orienteze atenția asupra unor părți ale corpului (de obicei, se începe cu fața): „mă gîndesc la chipul meu”, „mă gîndesc la ochii mei” (care sînt închiși), „la gura mea” etc. În momentul în care copilul reușește să-și orienteze atenția asupra părților corpului, se poate considera că a început procesul de relaxare.

Se trece apoi la dobîndirea senzației de greutate corporală, apelîndu-se la formule de tipul: „brațul meu drept este greu ca plumbul”; se trece apoi la brațul stîng, apoi la picioare, trunchi, gît și cap; în acest mod se ajunge la decontracturare, dar numai în urma utilizării unui antrenament corect utilizat și metodic desfășurat.

Pentru senzația de căldură, se utilizează formule cum ar fi: „brațul meu drept se încălzește”, „brațul meu drept devine din ce în ce mai cald”, „brațul meu drept este cald, deosebit de cald”.

Procedul de relaxare globală, după metoda Schultz, devine eficient numai în condițiile în care se au în vedere repere de genul:

- Orientarea copilului pentru a se relaxa nu trebuie să fie rezultatul unei comenzi; este, de fapt, o sugestie pe care terapeutul o enunță, adresîndu-se la persoana întîi: „eu sînt calm”, „fruntea mea este răcorită” etc.
- Terapeutul trebuie să-și controleze modul în care enunță cuvintele; trebuie să vorbească încet, calm, dar să pronunțe cuvintele cît se poate de clar.
- Să exprime modalitățile de acționare prin intermediul unor „figuri de stil”, dar care să conțină elemente cu adresabilitate precisă, întrucît copilul, fiind cu ochii închiși, nu are cum să perceapă vizual acțiunea respectivă; copilul trebuie să înțeleagă relatarea terapeutului fără a face efort de concentrare a atenției asupra a ceea ce i se solicită. Utilizarea relaxării cu copiii între 3-11 ani este condiționată de modul în care copilul vede și înțelege ce trebuie să execute, înainte ca el să fie pus în situația de a închide ochii; în acest sens, terapeutul demonstrează și explică gesturile ce urmează a fi efectuate de către copil, pentru a înțelege și realiza relaxarea grupelor musculare.
- Terapeutul trebuie să exprime cît mai clar conținutul gestului ce urmează a fi efectuat, pentru a evita starea de disconfort, atunci cînd nu a înțeles conținutul mesajului.
- Tonul, de obicei, trebuie să prezinte variații de intensitate, dar să pornească de la o formă monotonă, care să se împletească cu modificarea ritmului și a intensității; tonul este adaptat în funcție de nota dominantă acțiunii; dacă acțiunile trebuie executate lent, tonul va fi scăzut și monoton. Relaxarea globală, utilizată cu scopul de ai educa sau reeduca pe copiii cu tulburări de psihomotricitate, parcurge o etapă pregătitoare ce constă în alternarea acțiunilor de contracție și relaxare.

Pe plan psihomotric, utilizarea poziției de decubit dorsal oferă condiții optime pentru copil ca să perceapă mai bine starea de nemișcare, de imobilitate, fiind, de fapt, modalitatea principală de a simți și concretiza relaxarea globală și segmenară. Din această poziție, copilul începe să-și perceapă corpul în integralitatea sa, ceea ce conduce la formarea unei imagini concrete și de conștientizare a schemei sale corporale, după cum rezultă din exercițiile propuse, în continuare:

- decubit dorsal pe sol, brațele în abducție, mâinile în supinație sprijinite pe câte un săculeț cu nisip; strângerea și destinderea simultană a degetelor;
- aceeași poziție: flectarea antebrățelor pînă la verticală, urmată de căderea lor liberă pînă la nivelul umerilor; se continuă cu extensia antebrățelor, din nou pînă la verticală, urmată de căderea lor liberă în lateral;
- din stînd în fața oglinzii, flectarea antebrățelor pînă se ating umerii, urmată de cădere liberă, cu legănarea lor înainte și înapoi.

Aceste acțiuni sînt executate la început cu ochii deschiși, iar în final cu ei închiși. Copilul trebuie să conștientizeze cum se contractă și cum se relaxează propria musculatură. În continuare, cîteva exemple, din poziția de decubit dorsal:

- cu câte un săculeț cu nisip sub spațiul popliteu, brațele în abducție, palmele în pronație sprijinite pe sol, tălpile sînt sprijinite pe sol; flexia dorsală a labelor ambelor picioare, urmată de flexia lor plantară, cu sprijin pe toată talpa;
- cu câte un săculeț cu nisip sub fiecare spațiu popliteu; flexia gambelor pe coapse cu alunecare pe toată talpa; alunecare liberă a gambelor cu ușoară scuturare a coapselor pînă la contactul cu săculeții cu nisip;
- cu câte o minge medicinală sub spațiul popliteu, iar sub laba laba picioarelor câte un săculeț cu nisip; extensia gambelor, concomitent cu flexia dorsală a labelor picioarelor; menținerea acestei poziții 2-4 sec., decontracturarea coapselor cu căderea liberă a gambelor în sprijin pe săculeții cu nisip;
- genunchii flectați, tălpile plasate pe două mingi medicinale, brațele în abducție, palmele pe sol; extensia gambelor cu încordarea musculaturii coapselor și a abdomenului, destinderea musculaturii cu căderea liberă a picioarelor pe cele două mingi medicinale.

Efectuarea acestor exerciții oferă copilului posibilitatea de a conștientiza diferența dintre contracție și relaxare, dintre întindere și destindere; ea trebuind să interiorizeze senzațiile care rezultă prin efectuarea acestor gesturi și să-l facă să înțeleagă că sînt componente ale activităților voluntare ale propriului corp, pe care el le poate controla.

Poziția de decubit dorsal deschide calea spre perceperea greutății corporale, prin intermediul contactului direct pe care părțile corpului îl au cu solul; copilul trebuie să simtă cum fiecare parte a corpului său se sprijină pe sol, moment ce precede dobîndirea stării de relaxare. Această modalitate de percepere a părții dorsale îi oferă posibilitatea de a integra această imagine, pe care nu o poate percepe vizual, în schema sa corporală.

Pentru a înțelege efectul atracției gravitaționale, i se solicită copilului să ridice un segment de pe sol, să-l mențină întins, timp în care simte că, treptat, greutatea se accentuează, iar cînd relaxează segmentul, acesta cade pe sol.



Recurgerea la starea de relaxare sugerată este indicată numai după ce copilul stăpânește formele de percepere a greutății corporale și înțelege efectul atracției gravitaționale. În aceste condiții, copilul va putea realiza starea de relaxare numai pe baza sugestiei enunțate de către terapeut. Această stare este, așadar, rezultatul unei activități metodice, desfășurate în timp și care atestă fructuoasa colaborare dintre terapeut și copil.

### *Relaxarea segmentară*

Mișcările de la nivelul segmentelor trebuie să fie însoțite și de posibilități de relaxare, care să permită sesizarea promptă a zonelor de contractură, oboseală sau o stare de disconfort accentuat. Contractura „gripează” mobilitatea articulațiilor, în timp ce musculatura relaxată, într-o stare optimă de manifestare a tonusului, permite mișcarea segmentelor în orice direcție.

Eliminarea stării de contractură musculară se realizează prin exerciții cu direcționarea precisă a tonusului de la toate nivelurile musculare. Pregătirea corpului pentru a efectua mișcări în concordanță cu scopul urmărit, se realizează numai în condițiile în care, pornind de la o poziție inițială, să se ajungă la o poziție finală în măsură să asigure destinderea, iar mișcările să fie în așa fel structurate, încât să ofere condiții de relaxare, adică să se realizeze într-un ritm lent și în condiții stereotipe. Din momentul în care copilul dobândește capacitatea de a executa corect acțiunea comandată, se poate trece la modificarea condițiilor de lucru, în primul rând, prin schimbarea ritmului în care mișcările sînt executate; urmărind astfel să se educe încrederea în resursele propriului corp, în capacitatea de a face față cerințelor; prin exerciții corect selecționate și metodic direcționate, ceea ce va conduce, în final, la asigurarea stării de relaxare.

### *Modalități de acționare*

Pentru a forma o imagine corectă asupra modului în care copilul trebuie să acționeze cu segmentele pentru a le relaxa, terapeutul asociază relaxarea segmentelor cu căderea liberă a unor obiecte.

Sistemul de mijloace utilizat pentru relaxare vizează în principal membrele superioare și inferioare. Pozițiile de lucru sînt în stînd, așezat și decubit dorsal, pentru membrele superioare, și din așezat, decubit dorsal și ventral pentru membrele inferioare.

### *Relaxarea musculaturii brațelor și a centurii scapulare*

Pentru o mai bună înțelegere a modului în care se execută mișcările de relaxare, se recomandă procedeul de lucru dirijat.

Terapeutul, plasat în spatele copilului, îi ridică brațele prin lateral în sus, prin surprindere, și le lasă apoi să cadă pe lîngă corp.

- Stînd cu fața la scara fixă, sprijină degetele pe o treaptă mai sus decît înălțimea sa, terapeutul plasează mîinile pe umerii copilului; printr-o ușoară dezechilibrare spre înapoi a trunchiului, mîinile vor aluneca relaxate pe lîngă corp.
- Stînd cu picioarele depărtate la lățimea umerilor, trunchiul aplecat în față, terapeutul plasat în față îi duce brațele în lateral sau în sus; urmează eliberarea brațelor pentru

- a afirma relaxate; se trece într-o altă etapă la repetarea acestor mișcări, dar executate singur de către copil; în aceste condiții, se urmărește ca relaxarea să se execute secvențial; se relaxează succesiv la nivelul articulației pumnului, cotului, apoi a umărului.
- Stînd cu cîte un obiect (o minge) în mînă, la început să fie ușor pentru ca, treptat, greutatea lui să crească; se cere copilului să ducă brațele în lateral, să elibereze obiectele și să lase brațele moi în jos.
  - Stînd cu picioarele depărtate la lățimea umerilor, trunchiul aplecat, brațele atîrnate spre în față; se solicită legănarea brațelor înainte și înapoi, apoi în lateral; se execută aceeași acțiune, dar avînd obiecte în mînă; din aceeași poziție, se duc energic brațele în lateral și se lasă să cadă liber, cît mai relaxate.

### Jocuri

Utilizarea jocurilor este modalitatea de a obișnui copiii să imite unele atitudini ale animalelor de pe lîngă casă sau cele pe care le-au văzut în poze sau la televizor. Cu această ocazie, terapeutul enunță un animal care se deplasează semet, cum ar fi, spre exemplu, calul; copiii vor imita deplasarea calului; la a doua comandă spune „pisică”, cea care se deplasează mai relaxat, mai moale; la „broască”, copiii vor sări ca broasca, iar la comanda „șarpe”, se vor deplasa printr-o ușoară unduire a trunchiului.

### *Relaxarea musculaturii gîtului*

Din așezat, pe scaun sau pe sol cu mîinile sprijinite pe coapse, capul este lăsat să cadă moale înainte, înapoi, în lateral dreapta și apoi spre stînga; se execută mișcări lente de rotare a capului spre dreapta, apoi spre stînga; se atrage atenția că aceste mișcări nu trebuie executate într-un ritm susținut, întrucît provoacă senzația de amețelă. Aceste exerciții sînt repetate de maximum 3-4 ori.

### *Relaxarea membrelor inferioare*

Relaxarea musculaturii de la nivelul membrelor inferioare parcurge aceleași trepte metodice, care au fost utilizate și pentru brațe. Pozițiile corecte de acționare sînt din decubit dorsal sau ventral, avînd în vedere că la contactul cu solul, piciorul să fie protejat de un săculeț cu nisip sau de saltea.

- *Decubit dorsal*: brațele pe lîngă corp, palmele pe sol, picioarele întinse cu călcîiele sprijinite pe două mingi medicinale. Terapeutul apucă gleznele și execută depărtarea și apropierea picioarelor, ridicarea și coborîrea alternativă, apoi simultană, concomitent cu scuturarea lor; cînd se atinge un anumit nivel de depărtare de cele două mingi, picioarele sînt eliberate în stare de relaxare.

- *Decubit ventral*: labele picioarelor sprijinite pe săculeții cu nisip; terapeutul apucă gleznele și execută depărtarea și apropierea picioarelor, ridicarea regiunii lombare; le coboară pînă la un nivel acceptabil, după care le eliberează în stare de relaxare.

- *Decubit ventral* pe o masă, picioarele în atîrnat în afara suprafeței de sprijin, mîinile apucă marginile mesei; terapeutul apucă de la nivelul gleznelor; ridică picioarele la



orizontală, le depărtează, le apropie, alternează mișcările de ridicare și coborîre a picioarelor, le apropie și le eliberează în stare de relaxare.

### **Relaxarea și respirația**

Relaxînd global musculatura de la nivelul trunchiului, membrelor superioare și inferioare, atenția terapeutului trebuie să fie orientată și asupra armonizării mișcărilor de relaxare, cu cele de respirație.

Educarea relaxării, prin intermediul unor exerciții special selecționate și precis localizate, impune ca la nivelul trunchiului să se urmărească ca musculatura implicată în actul respirator (de la nivelul toracelui, diafragmului și abdominalilor) să dobîndească capacitatea de a alterna contracția cu relaxarea lor în mod corespunzător.

Terapeutul are în vedere ca în cadrul procesului de educare sau reducere să utilizeze mijloacele care să fie orientate spre realizarea următoarelor obiective: creșterea mobilității și elasticității cutiei toracice; tehnica respirației complete; relaxarea grupelor musculare implicate în actul respirator; dezvoltarea unui reflex de atitudine corect; corectarea atitudinilor vicioase de la nivelul coloanei vertebrale, pentru a asigura condiții optime pentru funcționarea aparatului respirator.

### **Relația dintre mișcările de respirație și relaxare**

Educarea respirației impune a fi stabilite unele repere determinate de condițiile în care se desfășoară acest proces: inspirația să se execute pe nas cu gura închisă; expirația să se execute pe gură sau pe nas, în funcție de natura efortului, mediul înconjurător și scopul urmărit; pozițiile de lucru să fie adaptate la obiectivele urmărite, iar mâinilor li se atribuie un rol important în autocontrolul corectitudinii și al eficienței tipului sau procedurii respirator.

Pentru reușita deplină a obiectivelor citate mai sus, relaxarea în ansamblu a musculaturii trunchiului și membrelor superioare, se poate constitui ca o cerință pentru ameliorarea programului respirator, factor determinant în refacerea organismului, pentru a fi apt pentru o nouă solicitare fizică.

Relaxarea are, așadar, ca obiectiv principal, pregătirea organismului pentru a face față solicitărilor ulterioare, asigurînd premisele pentru o permanentă încărcare a „bateriilor vitale”.

Educarea respirației se realizează treptat, respectînd regula de la ușor la greu, de la simplu la complex; se obține progresiv adaptarea acestei funcții la sistemul de solicitări. Participarea conștientă, activă și constantă în sistemul de lucru asigură eficiența acestui proces.

În sistemul de mijloace specifice fiecărui program se introduc exerciții de relaxare, de destindere. Se urmărește, cu precădere, relaxarea musculaturii feței, gâtului, toracelui și a mușchilor implicați în actul respirator. Practica exercițiilor de relaxare este recomandată la începutul, în timpul și la sfîrșitul programului.

Obținerea unor efecte corespunzătoare asupra mecanicii respiratorii prin relaxarea mușchilor respiratori, se poate obține prin respectarea următoarelor cerințe:

---

\* Masa nu trebuie să prezinte bară de susținere pentru a evita lovirea picioarelor, atunci cînd sînt eliberate în stare de relaxare.

**Inspirația** este facilitată în condițiile în care corpul este în ortostatism, cu brațele duse în lateral sau în sus, pe șold sau pe umeri, pe creștet sau în momentul în care corpul se află într-un interval de inactivitate. Mai bine este însă, după o prealabilă solicitare fizică, ce a creat „setea” de aer.

**Apneea** este faza care permite declanșarea celui mai mare efort, asigurând blocarea toracelui într-o poziție care să asigure suport pentru acțiunea brațelor și picioarelor.

**Expirația** este mai amplă, atunci când trunchiul execută aplecări sau înclinări spre înainte sau în lateral, cu brațele pe lângă corp, încrucișate în față sau pe genunchi.

Indiferent de natura efortului pe care îl depune subiectul, este de majoră importanță să se asigure necesarul de oxigen prin intermediul unei respirații corecte, adaptate specificului acțiunii pe care o efectuează, cât și particularităților individuale.

Asigurarea unei respirații corecte este „clădită” pe o ținută corectă a trunchiului. În acest sens, mișcările trunchiului, cum ar fi răsucirile, înclinările, extensiile, aplecările, însoțite de respirații ample, asigură mobilitate și elasticitate cutiei toracice, fapt ce va favoriza o respirație corectă și un schimb mai intens de gaze.

Mișcările de la nivelul membrelor superioare, asociate cu cele de la nivelul trunchiului și a membrelor inferioare, precum și cu modificarea ritmului de respirație, determină creșterea capacității vitale și implicit a schimburilor de gaze de la nivelul alveolelor pulmonare.

Modalitățile de influențare favorabilă a capacității vitale se realizează prin intermediul unui complex de mișcări, după cum urmează:

- membrele superioare, pentru a influența favorabil volumul respirator, pot fi proiectate astfel: înainte, înapoi, sus, jos, lateral, pe șold, pe umeri, pe creștet;
- legănarea brațelor: înainte, înapoi, dreapta, stînga, lateral;
- circumducția brațelor: în față, în lateral, în sus, cu amplitudine mică sau mare;
- mișcări de circumducție ale umerilor cu proiectarea lor în față sau în spate;
- mișcări ale gâtului și capului cu proiectare înainte și înapoi, înclinări dreapta-stînga; răsuciri dreapta-stînga; circumducții dreapta-stînga;
- mișcări ale feței: ridicarea și coborîrea sprîncenelor; strîngerea și destinderea buzelor; mișcarea maxilarului inferior în toate planurile posibile.

Aceste exerciții vor fi asociate mișcărilor de respirație în care accentul, în funcție de poziția părților corpului, se pune pe inspir și expir profund, intercalînd și momente de apnee.



## SCHEMA CORPORALĂ

Corpul, prin structura sa, prin modul în care se exteriorizează, prin realitatea pe care o prezintă, prin posibilitățile sale de exprimare, prin capacitatea de acumulare și redare a experienței acumulate, își motivează pe deplin evoluția sa în contextul în care ontogenia repetă filogenia.

Se definește prin corp propriu reprezentarea mentală, pe care și-o face un individ despre propriul său corp, avînd conștiința că are la dispoziție fiecare din părțile sale, de situația lor, la un moment dat, de unicitatea lui în ansamblu, fiind conștient că se identifică cu „eul” său corporal (A. Lapierre, 1975 p371).

Corpul, așa cum este el în realitate, trebuie perceput sub toate formele sale de manifestare și bune și rele. Corpul nu poate ascunde realitatea pe care o trăiește, la un moment dat, întrucît prin el sînt aduse la lumină bucuriile și supărările, realitatea și visele, împlinirile și eșecurile, armonia și frămîntarea, liniștea și agitația, acestea fiind doar unele din elementele care definesc condițiile optime de apreciere a trăirilor unui corp.

În realitate, etapele de dezvoltare ale copilului sînt marcate fiecare prin explozia de activități care, pentru un timp, par să-l stăpînească aproape în întregime și ale căror efecte posibile le urmărește neobosit.

Înțelegerea eului corporal de către copil parcurge trei etape: prima, diferențiază eul corporal de ansamblul propriului său corp, iar în cea de a doua etapă se conștientizează unicitatea eului corporal, care se conturează în jurul vârstei de 6 luni, cînd copilul, privindu-se în oglindă, reușește să se recunoască (H. Wallon 1975 p47); în cea de a treia etapă se finalizează prin identificarea eului corporal, pentru care copilul va trebui să parcurgă o perioadă destul de lungă, pînă să fie în măsură să-și identifice propriul său eu corporal. Este perioada de vîrstă în care copilul vorbește despre sine încă la persoana a treia, afirmarea sa ca persoană făcîndu-se abia către vîrsta de 6 ani.

Copilul percepe imaginea corpului său pornind în primul rînd de la coordonate fizice și spațiale; situație în care trebuie să aprecieze distanțele, proporțiile, cît și modul în care se poate orienta în spațiu. Într-o a doua etapă, pornind de la propriul său corp, copilul începe să asimileze percepțiile și reprezentările aparținînd mediului extern sau chiar intern, în strînsă concordanță cu unele aspecte legate de percepția identității sale corporale.

*Schema corporală.* Relația dintre copil și lumea exterioară joacă un rol esențial în procesul de cunoaștere și reprezentare a propriului corp. Modalitățile de înfăptuire a acestei relații sînt concretizate, în fapt, prin intermediul spațiului gestual

(specific fiecărui copil), spațiul concret al diferitelor obiecte, dar și prin spațiul atribuit altor persoane.

Un element de bază indispensabil la construcția personalității copilului este reprezentat, mai mult sau mai puțin global, mai mult sau mai puțin specific, de propriul său corp (H. Wallon, 1959 p66).

Schema corporală trebuie să fie percepută în condiții statice, dar și dinamice, fapt ce permite o mai bună adaptare la spațiu, cât și îndeplinirea corespunzătoare a activităților curente, dublate de o eficiență colaborare cu cei din jur. Aceste componente vizează cunoașterea de către copil a părților corpului, dar acest fapt este insuficient; el trebuie să fie capabil de a se mișca degajat, de a se simți în largul său, de a executa mișcărilor cu mai multă siguranță în toate direcțiile și sensurile posibile.

*Percepția schemei corporale.* Perceperea schemei corporale trebuie să se realizeze atât static (prin cunoașterea diferitelor părți ale corpului), cât și dinamic (prin înțelegerea posibilităților și limitelor pe care le are corpul), ceea ce va conduce la adaptarea copilului la spațiu.

Orientînd în acest sens educarea sau reeducarea schemei corporale, se asigură posibilitatea ca subiectul să-și cunoască și să stăpînească corpul, să dobîndească o mai bună abilitate practică, iar în relația cu cei din jur să se constate o mai mare deschidere.

Acționînd asupra modului în care copilul trebuie să-și perceapă corpul, acesta trebuie să lărgască sfera cognitivă și să cuprindă și funcțiile de bază pe care le are la dispoziție, de a se mișca sau de a sta nemișcat (îmobilism).

*Conștientizarea propriului corp.* Cînd copilul este mic, mama trebuie să fie preocupată să-l inițieze care îi sînt părțile corpului. În timpul cît face baie, atunci cînd îi spală fiecare parte a corpului, mama o numește și apoi o spală. Pe măsură ce copilul crește și se dezvoltă, va recepționa mesajul și va răspunde la solicitările mamei.

O modalitate practică o reprezintă momentul în care copilul este îmbrăcat. Atunci mama solicită fiecare parte a corpului, pentru a-l îmbrăca. În acest mod, copilul dobîndește capacitatea de a asocia tipul de îmbrăcăminte cu partea de corp pe care o acoperă: picior-ciorap, mîna-mănușă, cap-căciulă etc.

Mai tîrziu, după ce copilul ajunge să cunoască părțile corpului, se trece la o altă etapă de consolidare a noțiunilor. În acest sens, se cere copilului să prezinte și să denumească fiecare parte a corpului, pe care mama sau educatoarea o atinge cu un indicator.

Procesul de educare, pentru cunoașterea părților corpului trebuie să se desfășoare sub formă de joc, în care copilul trebuie să folosească acel segment, pe care regulile jocului îl solicită. Se solicită copilului să apuce mingea cu ambele mîini, dar să-și modifice poziția corpului, să treacă în așezat, apoi culcat pe spate, pe abdomen. În acest fel copilul este obligat să deplaseze mingea în funcție de poziția corpului, pentru a percepe orientarea în spațiu.

Măsurile educative sînt orientate spre o mai bună cunoaștere a părților corpului, concomitent cu denumirea lor, dar și cu coordonarea segmentelor solicitate în diverse acțiuni.



Educatorea va selecționa, din bagajul de mijloace, acele acțiuni care sînt în măsură să conducă la realizarea scopului propus.

Copilul stînd cu ochii închiși, educatoarea atinge o anumită parte a corpului, copilul trebuie să denumească partea care a fost atinsă de către educatoare.

Fiecare copil poartă un săculeț cu nisip (sau orice alt obiect ușor) pe umăr, pe cap, în spate etc; la un semnal copiii trebuie să schimbe locul obiectului. Acțiunea poate fi efectuată din stînd sau din deplasarea.

Se prezintă, într-un coș, componentele unor păpuși de mărimi și culori diferite. Se cere copilului să alcătuiască o păpușă, care să aibă aceeași mărime și culoare. Se prezintă fiecărui copil cîte un desen, reprezentînd corpul. Se cere să fie colorat cu o anumită culoare.

*Conștiința și controlul corpului.* Mișcarea este percepută proprioceptiv de către receptorii interni, oferind imaginea internă a eului și exteroceptiv, prin percepții vizuale, tactile și auditive, care dau imaginea externă a corpului.

„Trăirea corporală este baza de referință, în jurul căreia se organizează psihomotricitatea” (A. Lapierre, 1976, p. 364).

Experiența psihomotrică dobîndită de către copil, va conduce la constituirea și fixarea imaginii coerente a eului corporal, pentru a putea fi integrată în spațiul ambiental.

Acumulînd experiența psihomotrică, copilul cuprinde în sfera percepțiilor sale și unele relații afective, de plăcere sau neplăcere. În acest context se formează și imaginea eului corporal, care servește ca temelie pentru afectivitatea profundă.

Psihomotricitatea trebuie, așadar, să fie orientată și în direcția trăirii corporale, fapt ce îl va stimula pe copil să înțeleagă cu ce scop sînt executate acțiunile; cum se produc și în ce condiții; pentru ce unele acțiuni le execută corect, iar la altele întîmpină dificultăți; care sînt modalitățile de a dobîndi conduite motrice de finețe, adaptate posibilităților sale.

Pornind de la această bază de înțelegere a noțiunii de „imagine corporală”, ea poate fi definită astfel: „configurație globală care formează ansamblul de reprezentări, percepții, sentimente, atitudini pe care individul le-a elaborat, vis-à-vis de corpul său, în timpul existenței sale cînd a traversat diferite experiențe” (Marilon Brucon-Schweitzer 1987 p173).

Imaginea corpului este prezentă în fiecare etapă de creștere și dezvoltare, fapt ce pune în joc personalitatea (eul) corporal și lumea în care trăiește și se mișcă.

Achiziția evolutivă a imaginii propriului corp se clădește pe acumulări variate, vizuale și kinestezice, dar și cognitive, afective și sociale.

Sînt două tipuri de percepere a corpului. Prima pleacă de la proprietățile fizice și spațiale ale corpului (estimarea distanțelor și proporțiilor, orientarea spațială), fiind definită ca imaginea „spațială a corpului”, iar cea de-a doua înglobează percepțiile, reprezentările și efectele elaborate, plecînd de la propriul corp și referitoare adesea la norme, satisfacție corporală, atracție „personală” (subiectivă/ identitate corporală percepută...) fie ca imagine „afectivă” a corpului.

Imaginea corpului pune în evidență aspectele subiective privitoare la experiența corporală, ce poate fi percepută și raportată de către individ, nu numai în

legătură cu anumite proprietăți fizice (talie, greutate, volum, orientare...) cu care este investit, ci și cu afecțiuni complexe, dar conștiente și de natură auto-evaluativă.

În timpul efectuării mișcărilor se urmărește, cu multă atenție, armonia și calitatea acțiunilor, cunoscut fiind faptul că ele sînt rezultatul direcționărilor din interior, puse în valoare prin spontaneitatea fiecărui subiect.

Această modalitate de manifestare corporală oferă condiții optime de apreciere a modului în care segmentele subiectului sînt implicate în acțiuni, independente sau coordonate, și dacă tonusul muscular dobîndit poate fi adaptat la actele motrice în curs de desfășurare.

Un procedeu eficient de cunoaștere a propriului corp îl reprezintă vizualizarea în oglindă, circumstanță în care subiectul este pus în situația de a se recunoaște pe sine; de a putea analiza cît mai bine părțile corpului; de a urmări modul în care corpul și segmentele se mișcă în spațiu; de a înțelege corect observațiile educatorului sau terapeutului, privitoare la maniera în care trebuie să fie executate anumite acțiuni.

De fapt, educatorul sau terapeutul urmăresc să scoată în evidență discrepanța care se stabilește între posibilitățile psihomotrice reale ale copilului și modul în care el le valorifică în timpul procesului de educare sau reeducare, în sensul că, *a vrea* se situează sub nivelul lui *a putea*, fapt ce determină ca, în final, rezultatele să se situeze sub posibilitățile lui psihomotrice.

Conștiința și controlul corpului unui copil, cu probleme de formare a schemei corporale, pot fi eșalonate pe următoarele etape, vizînd:

- adaptarea copilului la conduitele și structurile spațio-temporale, precum și la aspectele de ritm, ceea ce contribuie la formarea și dezvoltarea imaginii corporale;
- conștientizarea diferitelor elemente, prin care se urmărește formarea unor senzații dobîndite prin exerciții;
- cunoașterea pozițiilor fundamentale, urmărindu-se execuția cît mai corectă și fără dificultate;
- trăirea senzațiilor elementare, privitoare la mișcare și imobilism; relaxarea globală și segmentară.

Formarea și dezvoltarea conștiinței propriului corp parcurge etape bine definite, ce au ca punct de plecare perioade de la 0-3 ani. În această perioadă părinții, cu precădere mama, instinctiv sau în cunoștință de cauză, utilizează o gamă variată de mijloace, pentru a asigura copilului bagajul motric necesar.

## Cunoașterea și denumirea părților corpului

În evoluția sa, copilul va învăța treptat părțile corpului prin „percepții trăite” și prin situații care îl vor conduce să le utilizeze și să le abstractizeze.

Abordînd problematica părților corpului, se poate considera că este de majoră importanță a se stabili nivelul percepției globale, axa corporală, pornind de la cap, trunchi, membre superioare și inferioare; aprecierea nivelului percepției detaliate, să se pună în prim plan organele senzoriale (ochi, nas, gură, urechi), în paralel cu informațiile oferite de extremitățile corpului (mîini, picioare); precizarea elementelor



dinamice, reprezentate de către articulații (gât, umeri, coate, pumni, coapse, genunchi, gleznă).

Se urmărește apoi stabilirea noțiunilor prin care copilul se poate orienta în spațiu: înainte (în față), în urmă sau înapoi (în spate), lateral. Aceste noțiuni vor permite copilului să se situeze ca un întreg, avînd ca axă de referință capul, trunchiul și membrele.

Nu trebuie neglijat rolul vorbirii, care permite înțelegerea noțiunilor, o corectă și precisă localizare a acestora, cît și o execuție corespunzătoare a mișcărilor ce vor urma.

Cunoașterea de către copil a situării și denumirii diferitelor părți ale corpului, contribuie la formarea unor „senzații precise și bine localizate”, absolut necesare pe parcursul realizării programului de reeducare psihomotrică.

Se consideră că acest mod de abordare a cunoașterii părților corpului reprezintă esențialul, în stabilirea schemei corporale a copilului cu tulburări psihomotrice.

În momentul în care apar unele inadvertențe, copilul este pus să repete acțiunea, dar trebuie să-și modifice poziția inițială, să repete cu ochii deschiși, apoi închiși, pînă reușește să stăpînească acțiunea.

Concretizarea structurilor motrice, prin intermediul cărora copilul poate valorifica înțelegerea pe care o acordă părților corpului, poate fi pusă în evidență numai printr-o organizare corespunzătoare a sistemului de acționare.

Repetarea acțiunii de recunoaștere a părților corpului poate fi organizată și sub formă de joc, la care pot participa mai mulți copii. Plasînd copiii cîte doi față în față, iar recunoașterea părților corpului să se execute în ordinea propusă de terapeut.

Într-o etapă mai avansată de lucru, se poate executa și sub formă de comandă surpriză: mîna dreaptă pe piciorul stîng; piciorul stîng ridicat, susținut de mîna dreaptă.

Acest sistem are rolul de a consolida noțiunile dobîndite și de a verifica modul în care copiii răspund la comenzi.

Continuarea sistemului de cunoaștere a părților corpului este axată pe atingerea și denumirea organelor și funcțiilor senzoriale (văz, auz, miros, gust), întrebînd copilul: Pe ce ai pus mîna, pe ochi; la ce te ajută ochii, să văd! Pe ce ai pus mîna, pe nas; la ce te ajută nasul, să miros! Pe ce ai pus mîna, pe ureche, la ce te ajută urechea, să aud! Pe ce ai pus mîna, pe gură; la ce te ajută gura, să mănînc și să vorbesc! Copilul va regăsi totdeauna funcția pe care o cunoaște cel mai bine.

Se utilizează desene, schițe sau fotografii, care redau funcțiile de bază ale organelor senzoriale. Se cere copilului să descrie poza în care, pe lîngă funcția de bază, mai apar și unele elemente colaterale: ochi-ochelari, nas-batistă, ureche-cască pentru a auzi muzica, gură- a gusta cu vîrfurile limbii.

Utilizînd aceste procedee, copilul va achiziționa mai repede aceste noțiuni despre părțile corpului, ceea ce conduce la lărgirea posibilităților de corectare a unor tulburări și dificultăți psihomotrice.

Gama de mijloace, prin intermediul cărora copilul poate lua cunoștință de părțile corpului, poate fi orientat și spre utilizarea unor acțiuni pe care le întîlnește frecvent în activitatea sa, în timp ce prin joc se consolidează capacitatea de reținere a unor noțiuni concrete.

- **Pentru brațe:** lupta cocoșilor executată cu ajutorul brațelor, apoi a umerilor; a aplauda, a imita cîntatul la pian sau la acordeon; să formeze numere la telefon și să imite convorbirea; să imite mișcarea brațelor din timpul alergării; să lovească cu coatele în masă sau în perete; să bată politicos la ușă etc.
- **Pentru picioare:** să meargă pe loc cu genunchii ridicați; stînd în decubit dorsal să imite pedalarea la bicicletă; să stea cu coatele pe genunchi, iar palmele să sprijine capul; să meargă cu o minge elastică susținută între genunchi;
- **Pentru trunchi:** se oferă o minge de baschet, se cere copilului să se așeze cu abdomenul pe minge, să împingă în brațe pînă mingea ajunge aproape de bărbie, să împingă în brațe în sens invers, pînă mingea ajunge în partea de jos a abdomenului; să se întoarcă cu fața în sus și să se plaseze cu bazinul pe minge, să stea cu spatele drept și să se ajute de brațe și picioare, pentru a se plimba cu tot spatele pe minge, trecînd din dreapta în stînga și invers.
- **Pentru controlul unor senzații:** este invitat copilul să-și astupe urechile cu palmele, pentru a verifica dacă aude ce-i spune terapeutul; să-și așeze o bandă pe ochi pentru a spune dacă mai vede ceva; este pus să sufle asupra unei mingi elastice suspendate pentru a arăta ce reprezintă expirația; „a aspira o bomboană suspendată” pentru a înțelege ce este inspirația; a scoate limba ca la doctor; a mușca dintr-un măr pentru a înțelege rolul dinților.

**Rolul verbalizării.** În procesul de educare, limbajul are un rol determinant, prin intermediul lui asigurîndu-se relația mediului înconjurător cu copilul. Cuvîntul este instrumentul prin intermediul căruia terapeutul intră în legătură cu copilul. Prezentînd acțiunea ce urmează a fi efectuată, terapeutul are în vedere unele elemente, de a căror valoare și importanță depinde reușita acțiunilor întreprinse. În acest sens, vor sta în atenție următoarele cerințe: explicațiile să fie enunțate clar, pe înțelesul copilului, pe un ton adecvat; se solicită copilului să repete indicațiile date de către terapeut, urmărind ce a înțeles, cît a reținut și cum reușește să redea din conținutul acestor indicații; i se solicită copilului să execute acțiunea așa cum simte, așa cum a înțeles din cele prezentate de către terapeut; se va urmări calitatea acțiunilor, modul în care reușește să facă legătura între elementele verbalizate și cele realizate practic; se urmărește dacă în timpul execuției au fost omise unele elemente, locul acestor omisiuni în structura acțiunii și dacă aceste omisiuni au fost sau nu cuprinse în timpul verbalizării.

În aceste condiții, terapeutul nu trebuie să intervină pentru a corecta modul în care a fost redată acțiunea, din două motive: în primul rînd să nu creeze o stare de tensiune prin observațiile pe care le face, iar în cel de al doilea, să poată aprecia corect ce a înțeles copilul, care este capacitatea sa de a reține o acțiune și cum poate reda o acțiune ce rezultă din capacitatea sa de prelucrare a unei informații.

Este important de urmărit și modul în care copilul percepe părțile corpului, modalitățile de utilizare ale acestora și raportul care există între aceste părți, atunci cînd sînt acționate simultan sau alternativ.



Atunci cînd copilul utilizează, pentru rezolvarea unor acțiuni, segmente dispersate, se constată că și limbajul va fi imprecis, cu multe omisiuni, fiind greu de urmărit și chiar de înțeles.

În funcție de natura tulburărilor, de nivelul emoțional, de nivelul achizițiilor active, de locul de origine de unde provine, care de fapt structurează comportamentul copilului pe toate planurile, terapeutul sau educatorul trebuie să-și organizeze sistemul de mijloace, pentru a reuși să-l facă pe copil să-și fixeze atenția pe exercițiile și jocurile ce solicită și inteligența copilului, nu numai deprinderile motrice deficitare.

### **Educarea și reeducarea schemei corporale**

Această modalitate de cunoaștere a propriului corp, asigură copilului condiții optime de angajare în sistemul practic de utilizare a procedurilor specifice pe plan psihomotric. În situația în care se constată un retard de maturizare, de cunoaștere a părților corpului, terapeutul are datoria de a acționa prin mijloace specifice pentru a-i asigura posibilitatea de recunoaștere a propriului corp atît pe plan global, cît și pe cel al motricității fine. Cunoșcîndu-se pe sine, copilul are posibilitatea de a-l cunoaște și pe cel de lîngă el.

Pentru a asigura condiții optime de însușire a schemei corporale, terapeutul utilizează două procedee de bază: vorbirea și acțiunea.

**Vorbirea** are rolul de a informa și trezi interesul copilului pentru acțiunile ce urmează a fi efectuate, de particularizare a acestor acțiuni, de a forma imaginea verbală a acțiunilor, pe care copilul urmează să le execute.

**Acțiunea**, pentru a fi realizată practic, trebuie să cuprindă următoarele secvențe: denumirea de către subiect a părților propriului corp; să demonstreze părțile corpului pe o păpușă sau pe un desen; să arate părțile corpului pe terapeut; să-și prezinte părțile corpului privind în oglindă; să demonstreze care sînt funcțiile aparatelor: respirator, auditiv, vizual, olfactiv; să demonstreze funcțiile mîinilor, picioarelor, capului, spatelui, bazinului; să demonstreze din ce părți componente poate să refacă o păpușă (G. B. Soubiran, 1975 p104).

Unii autori (A De Meur, G. B. Soubiran) consideră că lucrul în grup conduce la o mai rapidă formare a imaginii corpului. În aceste condiții, copiii pot demonstra că se adaptează mai bine la cerințele terapeutului, întrucît ei trebuie să verbalizeze fiecare acțiune. Atunci cînd apar ezitări sau chiar erori, copiii sînt cei care trebuie să vină cu corectivele necesare.

O modalitate reală de exprimare a modului în care copilul a înțeles funcțiile pe care le îndeplinește fiecare segment, a modului în care grupele musculare acționează pentru a concretiza mișcarea segmentului în cauză, are la bază poziția decubit dorsal cu membrele superioare și inferioare în ușoară abducție, cu ochii închiși; terapeutul cu un indicator în mînă, atinge anumite părți ale corpului, copilul trebuie să execute mișcările principale pe care le efectuează, în mod obișnuit, acel segment\*.

Spre exemplu, se atinge laba piciorului; copilul trebuie să execute mișcările ce se pot executa la acel nivel (flexie plantară, dorsală, pronație și supinație). Gama largă de acțiuni pe care le poate utiliza terapeutul îi oferă condiții ca, pe lîngă modul în care

\* Indicatorul este viu colorat, ținut de terapeut pe masa de lucru. Se solicită copilului să-l aducă pentru a nu-i provoca teama de a fi lovit.

copilul este în măsură să angajeze în contracție fiecare segment, mai intervine și funcția de relaxare. În aceste condiții, se formează o imagine mai clară asupra modului în care segmentele acționează pentru realizarea funcțiilor de bază, specifice membrelor superioare și inferioare. Pentru a facilita înțelegerea de către copil a schemei corporale, a modului în care părțile corpului îndeplinesc anumite funcții, terapeutul introduce în program acțiuni motrice cu implicarea selectivă a aparatului locomotor.

Pentru grupa de vîrstă de la 5 la 7-8 ani (în condițiile unor tulburări psihomotrice) organizarea acestor acțiuni prezintă o particularitate metodică, ce constă în asocierea mișcărilor cu denumiri cunoscute de către copil. Se utilizează acest sistem de acționare cu scopul de a-i îmbogăți vocabularul; de a localiza mai precis partea de corp ce urmează a fi implicată în mișcare; de a realiza cît mai multe asocieri care să-i trezească interesul (spre exemplu: mîna – mînușă, cap – căciulă sau pălărie, picior – gheată sau pantof, ochi – ochelari etc. ).

### **Mișcări ale membrelor superioare**

*Membrul superior* este cel mai complex organ al aparatului locomotor avînd posibilitatea de a efectua o mare varietate de mișcări. Membrul superior, prin structura sa, prin articulațiile sale (umăr, cot, mîna, degete) poate executa mișcări în direcții și planuri diferite, oferind mîinii posibilitatea de a acționa în funcție de țelul urmărit. Mișcările membrului superior, în principal, sînt de flexie – extensie, abducție-adducție, rotație iar la nivelul antebrăului și a mîinii sînt mișcările de pronație și supinație, ceea ce asigură o largă posibilitate de apucare și manevrare a obiectelor.

Pentru a-l determina pe copilul cu tulburări psihomotrice să înțeleagă mai bine acțiunea ce urmează a fi efectuată, pe lîngă demonstrația efectuată de terapeut, sub raport metodic, este potrivit să se utilizeze procedeul de asociere a mișcărilor cu denumirea diferitelor fenomene și acțiuni din realitatea pe care o trăiește și care îi oferă posibilitatea de a percepe mai bine schema corporală.

### *Mișcări de îndoire a brațelor*

• *Să privim brațele* – stînd depărtat, brațele pe lîngă corp:

1. îndoirea brațelor cu mîinile pe cap; 2. întinderea brațelor oblic în sus, privirea după brațe; 3. îndoirea brațelor cu mîinile pe umeri; 4. revenire la poziția inițială.

• *Întindem elasticul* – stînd depărtat cu pumnii strînși, brațele pe lîngă corp:

1. ducerea brațelor înainte; 2. aducerea brațelor lateral cu arcuirea brațelor; 3. revenire la poziția inițială.

• *Boxăm* – stînd depărtat, brațele îndoite la piept, pumnii strînși:

1. întinderea brațului drept înainte; 2. revenirea brațului drept în timp ce brațul stîng se duce spre înainte; 3. revenirea brațului stîng la piept și întinderea brațului drept; 4. revenire la poziția inițială.

• *Culegem fructe* – stînd:

1-2. ridicare brațelor prin înainte în sus, palmele față în față; 3. îndoirea brațelor pînă la nivelul umerilor; 4. revenire la poziția inițială.

• *Aplaudăm sus și jos* – stînd depărtat:



1-2. ducerea brațelor prin lateral în sus cu două băți din palme deasupra capului;  
3. coborîrea brațelor și executarea unei băți cu palmele pe coapse; 4. revenire la poziția inițială.

*Mișcări de întindere a brațelor.*

• *Sîntem mari* – stînd cu brațele îndoite, mîinile pe umeri:

1-2. ridicare pe vîrfuri cu întinderea brațelor oblic în sus, privirea după brațe; 3. ușoară arcuire a brațelor; 4. revenire la poziția inițială.

• *Aprinde chibritul* – stînd, brațele îndoite, mîinile la piept:

1. întinderea brațelor înainte, pumnii strînși și apropiați; 2. imitarea aprinderii chibritului și ducerea brațelor în lateral; 3. ducerea brațelor înainte și înapoi; 4. revenire la poziția inițială.

• *Bate palmele* – stînd depărtat, brațele îndoite, mîinile pe umeri:

1-3. ducerea brațelor înainte cu două băți din palme; 4. revenire la poziția inițială;  
5-7. ducerea brațelor în sus, deasupra capului cu două băți din palme; 8. revenire la poziția inițială.

• *Fluturile zboară* – stînd, brațele îndoite, mîinile pe umeri:

1. ducerea brațelor în lateral oblic în sus; 2. ducerea brațelor oblic în jos; 3. revenire cu brațele oblic în sus; 4. revenire la poziția inițială.

• *Împinge dulapul* – stînd depărtat, antebrațele îndoite și lipite de corp, palmele orientate înainte:

1-3. întinderea lentă a brațelor, imitînd împingerea unui obiect; 4. revenire la poziția inițială.

*Deplasarea în diferite planuri a brațelor*

• *Să dirijăm circulația* – stînd:

1. aducerea brațului drept lateral, palma orientată spre înainte; 2. ducerea brațului stîng prin înainte în sus, palma orientată spre înainte; 3. apropierea brațului drept de corp; 4. coborîrea prin înainte în jos a brațului stîng.

• *Foarfecă* – stînd depărtat, brațele întinse înainte, palmele în jos:

1-3. (sau 1-7) forfecarea brațelor în plan orizontal (forfecarea poate fi la început mai mică, treptat se poate ajunge cu brațele în lateral); 4. revenire la poziția inițială.

• *Întindem rufele la uscat* – stînd depărtat:

1. ridicarea brațelor oblic înainte sus; 2-3. ducerea brațelor sacadat, în lateral sus; 4. revenire prin lateral la poziția inițială.

• *Deșteptarea* – stînd depărtat:

1. ridicarea brațelor prin lateral în sus; 2. încheștarea degetelor și răsucirea palmelor în sus; 3. întinderea brațelor în sus, cu degetele încheștate; 4. revenire la poziția inițială cu ducerea brațelor prin lateral în jos.

• *Să respirăm* – stînd:

1-2. ridicarea brațelor prin înainte în sus, cu ușoară extensie a trunchiului și ridicare pe vîrfuri, cu inspirație; 3-4. revenire la poziția inițială cu expirație.

### *Rotarea brațelor*

- *Morișca* – stînd depărtat cu brațele lateral:

1-3. rotarea brațelor prin înainte, în jos, înapoi în sus; 4. revenire la poziția inițială (se poate executa și invers, 5-8).

- *Locomotiva* – stînd, antebrațele îndoite, pumnii strînși:

1-2. ducerea brațului drept întins înainte, simultan cu ducerea brațului stîng îndoit înapoi în sus; 3-4. se repetă mișcarea în care brațul stîng se duce întins înainte, brațul drept înapoi în sus; 5-8. se repetă mișcările brațelor.

- *Cocoșul bate din aripi* – stînd depărtat:

1. ducerea brațelor în lateral; 2-3. ușoară lovire a palmelor de coapse; 4. revenire la poziția inițială.

- *Elicea* – stînd depărtat, brațele în lateral

1-3. rotarea brațelor prin lateral în sus și coborîrea lor cu încrucișare în față; 4. revenire la poziția inițială.

- *Mișcăm din umeri* – stînd depărtat cu brațele libere pe lîngă trunchi:

1. ridicarea umerilor; 2. coborîrea lor; 3-4. rotarea umerilor înainte; 5-6. rotarea umerilor înapoi; 7-8. ridicarea și coborîrea umerilor.

### *Mișcări ale membrelor inferioare*

În procesul de educare sau reeducare psihomotrică, atenția trebuie să fie orientată și asupra modului în care copilul își menține corpul în poziție ortostatică. Baza de menținere a acestei poziții o reprezintă membrele inferioare.

Rolul terapeutului nu este să impună o „atitudine corectă” voluntară, care ar fi inutilizabilă în circumstanțe normale, ci să-i furnizeze elemente perceptiv-motrice care să-i permită să construiască el însuși poziția naturală, adaptabilă la orice situație. Pentru a-l pregăti pe copil pentru a dobîndi capacitatea de a acționa în direcția corespunzătoare, terapeutul folosește o serie de exerciții pregătitoare care, prin structura lor contribuie atît la dezvoltarea tonusului muscular, cît și la reglarea automată a tonusului postural.

### *Mișcări de îndoire a picioarelor*

- *Pompări* – stînd, brațele îndoite la piept, pumnii strînși:

1-2. ghemuire cu întinderea brațelor în jos; 3-4. revenire lentă la poziția inițială.

- *Cercul mare* – stînd cu brațele îndoite, mînile pe șolduri:

1. ridicare pe vîrfuri, cu aducerea brațelor prin înainte sus; 2-3. coborîrea brațelor prin lateral în jos în sprijin ghemuit; 4. revenire în poziția inițială.

- *Cocoșelul țanțos* – stînd:



1. ducerea brațelor întinse înainte, odată cu ridicarea piciorului drept înainte, îndoit; 2-3. ducerea brațelor întinse în lateral simultan cu întinderea piciorului drept spre înapoi; 4. revenire la poziția inițială. Același exercițiu și cu piciorul stâng.

• *Să ne încălzim la foc* – stînd:

1. ducerea brațelor întinse înainte cu palmele orientate în jos; 2-3. ghemuire cu răsucirea palmelor în sus și în jos; 4. revenire la poziția inițială.

• *Mergem ca soldații* – stînd: mers pe loc cu ridicarea alternativă a genunchilor cît mai sus, cu balansarea brațelor (braț și picior opus)

#### *Mișcări ale picioarelor din poziția decubit dorsal*

• *Ghemul* – decubit dorsal (culcat pe spate), brațele întinse în lateral:

1-2. îndoirea picioarelor cu aducerea genunchilor la piept, apucarea gleznelor cu mîinile; 3-4. revenire lentă la poziția inițială.

• *Bicicleta* – decubit dorsal, cu brațele în lateral, palmele sprijinite pe sol:

1-6. îndoirea și întinderea alternativă a picioarelor (imitînd mersul pe bicicletă); 7-8. revenire la poziția inițială.

• *Să batem toba* – decubit dorsal cu picioarele îndoite, tălpile pe sol, brațele îndoite, mîinile la ceafă:

1-4. lovirea alternativă a solului cu tălpile; 5-8. lovirea simultană a solului cu vîrfurile picioarelor.

• *Deschide și închide foarfeca* – decubit dorsal, picioarele întinse și apropiate, brațele întinse pe lângă corp, palmele pe sol:

1-4. depărtarea și apropierea picioarelor (imitînd deschiderea și închiderea foarfecei); 5-8. forfecare pe verticală – ridicarea și coborîrea alternativă a picioarelor.

#### *Mișcări ale trunchiului*

Educînd musculatura trunchiului, se asigură dobîndirea de către copil a unei atitudini corecte și echilibrate. Pentru a obține interiorizarea senzațiilor de control postural, exercițiile se axează pe mobilizarea musculaturii trunchiului cu minimum de efort. Pentru a forma capacitatea de menținere a unei atitudini corecte, vor fi utilizate imagini și procedee pe care copilul să le înțeleagă și să le execute fără nici o dificultate.

#### *Mișcări de îndoire a trunchiului*

• *Ceasul* – stînd depărtat cu brațele îndoite, mîinile pe șolduri:

1. îndoirea trunchiului la dreapta; 2. revenire; 3. îndoirea trunchiului la stînga; 4. revenire.

• *Răzușca* – stînd depărtat, brațele pe lîngă corp:

1-2. îndoirea trunchiului spre dreapta cu lăsarea greutății pe piciorul drept ușor îndoit; 3-4. revenire la poziția inițială; 5-8. aceleași exerciții și spre stînga.

## PSIHOMOTRICITATEA

• *Cîntarul* – stînd depărtat, brațele pe lîngă corp:

1. îndoirea trunchiului la dreapta odată cu ducerea brațelor în lateral, palmele orientate în sus; 2. revenire; 3-4. aceleași exerciții spre stînga.

• *Elefantul bea apă* – stînd depărtat, brațele sus, degetele încleștate:

1-2. îndoirea trunchiului înainte și atingerea solului cu mîinile cît mai departe de picioare (genunchii întinși); 3-4. revenire la poziția inițială.

• *Tăiem lemne* – stînd depărtat, brațele înainte – jos, degetele încleștate:

1-2. ridicarea brațelor în sus cu ușoară extensie a capului; 3-4. îndoirea trunchiului înainte odată cu ducerea brațelor înainte în jos; 5-6. îndreptarea trunchiului cu ducerea brațelor sus; 7-8. revenire la poziția inițială.

### *Mișcări de trunchi din poziția așezat*

• *Vislașii* – așezat, brațe îndoite, mîinile la piept:

1-2. îndoirea trunchiului înainte odată cu întinderea brațelor, atingînd cu mîinile vîrfurile picioarelor; 3-4. revenire la poziția inițială.

• *Telefonistul* – așezat cu picioarele îndoite, palmele sprijinite pe genunchi:

1-2. aplecarea trunchiului înainte cu răsucirea capului spre dreapta și sprijinirea urechii stîngi pe genunchi; 3-4. revenire; 5-8. aceleași mișcări în partea opusă.

• *Ascunde capul* – așezat cu picioarele încrucișate, palmele sprijinite pe genunchi:

1-2. îndoirea trunchiului înainte, atingînd solul cu fruntea; 3-4. revenire la poziția inițială.

• *Testoasele* – așezat cu brațele îndoite, mîinile la piept, pumnii strînși:

1-2. îndoirea trunchiului înainte cu întinderea brațelor (genunchii rămîn întinși); 3-4. arcuire, atingînd cu mîinile vîrfurile picioarelor; 5. revenire; 6-7. extensia trunchiului cu arcuirea brațelor în lateral; 8. revenire la poziția inițială.

### *Mișcări de trunchi din poziția de decubit ventral*

• *Melcul* – decubit ventral (culcat înainte), brațele îndoite cu coatele sprijinite pe sol:

1-2. ridicarea trunchiului cu sprijin pe antebrate, palmele pe sol; 3-4. revenire la poziția inițială.

• *Aviatorul* – decubit ventral, brațele în lateral:

1-2. extensia trunchiului (cu ridicarea cît mai sus a capului, a pieptului și a brațelor); 3-4. revenire la poziția inițială.

• *Bărcuța* – decubit ventral, genunchii mult îndoți și depărtați, brațele înapoi, apucat cu mîinile de glezne, trunchiul în extensie:

1-3. rularea pe partea anterioară a trunchiului (spre cap și spre picioare); 4. revenire la poziția inițială.



- **Înotătorul** – decubit ventral, brațele îndoite, mâinile sprijinite pe sol la nivelul pieptului:

1-3. ducerea brațelor prin lateral înainte, capul și trunchiul în ușoară extensie; 4. revenire la poziția inițială.

- **Pe plajă** – decubit ventral, brațele îndoite, capul sprijinit pe palmele suprapuse:

1-2. întinderea brațelor în lateral cu ridicarea capului în extensie; 3-4. revenire la poziția inițială.

#### *Mișcări de aplecare a trunchiului*

- **Bem apă de la izvor** – pe genunchi stînd, palmele pe sol:

1-2. îndoirea brațelor și aplecarea trunchiului spre înainte pînă se ajunge cu pieptul pe sol; 3-4. revenire la poziția inițială.

- **Rîndeaua** – stînd depărtat, brațele îndoite, mâinile la piept, pumnii strînși:

1-2. aplecarea trunchiului înainte la 45° cu întinderea brațelor spre înainte cu degetele încheștate; 3. ridicarea trunchiului și a brațelor; 4. revenire la poziția inițială.

- **Crăpatul buștenilor** – stînd depărtat cu brațele sus, degetele încheștate:

1-3. coborîrea brațelor și îndoirea energetică a trunchiului spre înainte; 4. revenire la poziția inițială.

- **Salutul** – stînd:

1-2. pas înapoi cu piciorul drept, genunchiul ușor îndoit (greutatea repartizată pe piciorul drept), piciorul stîng întins înainte sprijinit cu vîrfurile pe sol, brațele duse înapoi, trunchiul aplecat înainte la 45°; 2-3. revenire la poziția inițială.

- **Struțul** – stînd:

1. ghemuit cu mâinile sprijinite pe sol între genunchii depărtați; 2-3. aplecarea trunchiului înainte cu ducerea capului între genunchi; 4. revenire la poziția inițială.

#### *Mișcări de răsucire a trunchiului*

- **Păpușa de lemn** – stînd cu brațele întinse înainte:

1. lovirea palmelor în față; 2-3. răsucirea trunchiului spre dreapta, cu ducerea brațelor în lateral; 4. revenire la poziția inițială; 5-8. același exercițiu și spre stînga.

- **Cositul** – stînd depărtat, brațele înainte în jos, pumnii strînși:

1-2. îndoirea trunchiului la 45° cu răsucirea lui spre dreapta odată cu ducerea brațelor și a capului în direcția răsucirii, genunchiul stîng ușor îndoit; 3-4. revenire energetică la poziția inițială; 5-8. același exercițiu și spre stînga.

- **Poc, poc** – stînd depărtat:

1. răsucirea trunchiului spre dreapta, cu ducerea brațelor în lateral; 2-3. două bătăi din palme; 4. revenire la poziția inițială.

## Conștientizarea pozițiilor fundamentale

Prin poziție se înțelege posibilitatea de a aprecia modul în care corpul este situat în spațiu, în raport de unele repere bine stabilite sau după părțile cu care vine în contact cu suprafața de sprijin, pentru a-i asigura stabilitate și a-i oferi condiții optime de efectuare a mișcărilor segmentare sau cu corpul în integritatea sa.

După A. Lapierre (1975, p. 293), poziția naturală nu este nici conștientă, nici voluntară, ea constituie un mod de reacție personală la un stimul constant: greutatea.

Diversitatea pozițiilor îl pune pe copil în situația de a înțelege, că poziționarea corpului și a segmentelor sale solicită anumite grupe de mușchi și articulații pentru a realiza poziția respectivă, în timp ce alte grupe de mușchi și articulații nu sînt implicate în acțiune. Copilul va trebui să înțeleagă că adaptarea corpului la diferite poziții implică stăpînirea corespunzătoare a aparatului locomotor; orientarea segmentelor și a corpului în funcție de scopul urmărit; stabilirea succesiunii în care sînt angrenate în mișcare părțile corpului pentru a finaliza acțiunea propusă; coordonare între diferitele părți ale corpului, pentru a obține fluentă și eficiență în mișcare, cît și o corectă orientare în spațiu; precizarea părților corpului care asigură stabilitatea în faza finală a acțiunii comandate.

Procesul de pregătire a copilului are menirea de a conștientiza senzațiile musculare, pe care acesta le percepe în timpul efectuării acțiunilor motrice.

Atenția terapeutului trebuie să fie orientată, cu precădere, asupra nivelului de înțelegere a modalităților de poziționare a corpului și segmentelor sale, în funcție de modelul prezentat, și să verifice, în același timp, modul în care copilul poate să verbalizeze acțiunea, urmărind să fie bine precizată poziția capului și trunchiului, apoi cea a membrilor superioare și inferioare. Terapeutul trebuie să-l facă pe copil să înțeleagă că stabilitatea este principalul motiv pentru care sînt preferate ca poziții de bază pozițiile de decubit (culcat), așezat și stînd.

### *Poziția de decubit*

Fiind în discuție copilul cu tulburări sau dificultăți motrice, cu o paletă largă de forme de manifestare, terapeutul este obligat să găsească modalitatea cea mai potrivită de a-l conduce treptat pe copil în situația de a adopta poziția de decubit dorsal. În funcție de particularitățile de diagnostic diferențial, terapeutul poate utiliza acest procedeu sau unul mai simplificat, în condițiile în care copilul nu răspunde decît relativ corect la comenzi.

Reținerea de către copil a modului în care se poate plasa în decubit dorsal oferă condiții de a corela această poziție cu diferite acțiuni ale membrilor superioare și inferioare, asociate și cu dirijarea respirației.

Din poziția de decubit dorsal, se cere apoi copilului să se întoarcă pentru a ajunge în decubit ventral, deci cu sprijin pe abdomen și torace. După ce se obișnuiește și cu această poziție, copilul este pus în situația de a se întoarce singur pe o parte, pentru a ajunge în decubit lateral dreapta sau stînga. Plasat în una din aceste poziții, copilul este solicitat să efectueze mișcări ale membrilor superioare și inferioare, pentru a evalua care sînt posibilitățile de a acționa și ce exerciții nu pot fi efectuate din pozițiile de decubit.



### *Poziția așezat*

Îl solicită pe copil să mobilizeze cu precădere trunchiul și membrele inferioare și mai puțin cele superioare. Terapeutul trebuie să urmărească modul în care copilul acționează pentru a adopta această poziție. Se va avea în vedere modul în care copilul flectează genunchii și trunchiul, cum orientează bazinul în funcție de locul pe care urmează să se așeze, și dacă asociază în mișcare și membrele superioare

Se urmărește ca articulațiile trunchiului, șoldului, genunchilor și labei picio-  
rului, implicate în poziția așezat, să fie în unghi de 90°.

Sistemul de mijloace prin care se poate acționa pentru a obișnui copilul să mențină o poziție corectă este destul de variat, jocul fiind considerat cea mai potrivită cale de a valorifica, cu bune rezultate, poziția în așezat a corpului, în funcție de tema stabilită și de mijloacele ajutoare utilizate.

### *Poziția stînd*

Oferă copilului posibilitatea de a aprecia din ortostatism verticalitatea corpului său, a sprijinului ce și-l asigură pe tălpile picioarelor sale, cît și posibilitățile de cuprindere cu privirea a cît mai multor repere din mediul său înconjurător.

Plasat în fața oglinzii, copilul începe să perceapă modul în care sînt plasate în spațiu toate părțile corpului său. Pentru a întări imaginea de verticalitate și de poziție corectă, se cere copilului să se lipească cu spatele de un perete, punîndu-l în situația de a menține spatele drept, capul lipit de perete, picioarele să fie apropiate, să simtă peretele pe toată lungimea corpului său. Este modalitatea sigură, prin care copilul poate înțelege cel mai bine ce reprezintă și cum se realizează poziția corectă de stînd în picioare.

Poziția de repaus dintre aceste exerciții se realizează tot în poziția stînd, cu un picior dus în lateral sau ușor în față și cu brațele lăsate liber în jos pe lîngă corp.

### *Metodologia educării sau reeducării pozițiilor fundamentale*

Formarea la copil a unei imagini reale despre corpul său și, mai ales, despre posibilitățile de care dispune pentru a-și asigura un loc în spațiu, și a efectua anumite acte motrice în acord cu țelul propus, este un deziderat *sine qua non*. Acționînd pentru a educa sau reeduca pozițiile fundamentale, terapeutul trebuie să-l determine pe copil să înțeleagă că în structura fiecărei poziții trebuie cuprinse numai acele mișcări pe care corpul și segmentele sale le pot efectua. Acțiunile motrice, după cum se știe, sînt multiple și complexe, iar însușirea lor necesită o îndelungată prelucrare metodică.

Terapeutul are datoria de a-l determina pe copil să înțeleagă că însușirea pozițiilor fundamentale îi oferă o serie de avantaje, ce se concretizează prin libertatea de a acționa în limita experienței motrice dobîndite pînă în acel moment, posibilitatea de a manevra obiectele pe care le folosește în activitățile sale curente; capacitatea de a angaja corpul și segmentele sale, pentru a depăși unele situații mai dificile, precum și prin modalitatea de a urmări cu privirea unele acțiuni fie pentru a le înțelege și repeta fie pentru a-și corecta propriile greșeli.

Activitatea de formare a deprinderilor de a se poziționa în spațiu, în funcție de obiectivul terapeutic urmărit, trebuie să se bazeze pe cunoașterea posibilităților copilu-

lui de a se adapta la cerințele impuse, dar și pe însușirea treptelor metodice de predare a acestor acțiuni.

Pentru a-și forma o imagine cât mai corectă asupra pozițiilor pe care copilul trebuie să le execute, terapeutul are la dispoziție două soluții. În prima dintre acestea, el demonstrează poziția ce urmează a fi însușită de copil, urmată de execuția, chiar și în grup, a acestei poziții, luând drept model poziția pe care terapeutul o menține; după comanda de repaus se trece la execuția și corectarea individuală a acțiunii. În cea de-a doua se prezintă copilului niște schițe sau fotografii, pe care copilul trebuie să imite imaginile prezentate; terapeutul are posibilitatea de a corecta o eventuală execuție greșită. Trebuie precizat că desenele sau fotografiile trebuie clasificate separat, pe fiecare din pozițiile ce urmează a fi însușite de către copil. Prezentarea desenului sau a fotografiei trebuie să fie însoțită și de verbalizarea de către educatoare sau terapeut a poziției ce trebuie executată, făcându-se precizări asupra orientării în spațiu a fiecărei părți a corpului. În acest mod, copilul își însușește, pe lângă denumirea poziției, și modalitatea de execuție cât mai corectă.

După un număr de repetări, timp în care copilul este angrenat și în alte activități, repetarea poziției se efectuează fără a mai avea modelul în față. Se urmărește, astfel, modul în care copilul a reținut poziția, calitatea execuției și eventualele greșeli în executarea poziției respective.

Pentru a reuși fixarea cunoștințelor legate de o anumită poziție și pentru a fi executată cu plăcere și interes de către copii, orice acțiune se organizează sub formă de joc, prin intermediul căruia pozițiile pot fi repetate cu rezultate dintre cele mai bune.

În activitatea practică, poziția care asigură posibilitatea de declanșare a unei mișcări sau de recepționare a unui obiect este denumită *poziție fundamentală*. Această poziție este, în general, statică.

### *Pozițiile derivate*

Pozițiile fundamentale cuprind o gamă largă de mișcări ale corpului și ale segmentelor sale pentru a se adapta la specificul actului motor ce urmează a fi desfășurat sau care se efectuează prin valorificarea corespunzătoare a caracteristicilor mișcării (spațiale, temporale sau structurale).

Procesul de educare sau reeducare psihomotrică este orientat în direcția însușirii, reținerii și utilizării pozițiilor fundamentale, cu scopul de a reface funcțiile motrice pierdute în caz de boală sau insuficient dezvoltate, urmare a tulburărilor sau dificultăților pe plan psihomotric.

Promovarea mișcărilor sau controlul motor cuprind acele componente care, prin structura lor, contribuie la refacerea capacității motrice a copilului.

*Mobilitatea* este definită ca fiind capacitatea de a concepe și efectua o mișcare, cu toată amplitudinea ei fiziologică. Terapeutul, având stabilite cauzele care au generat tulburările de psihomotricitate, orientează procesul de educare sau reeducare și în direcția refacerii mobilității articulare și a forței musculare.

*Stabilitatea* reprezintă aptitudinea de a păstra posturile gravitaționale și anti-gravitaționale cât și atitudinile ortostatice ale corpului. Stabilitatea este dobândită ca urmare a îndeplinirii a două condiții:



- reflexele tonice posturale trebuie să asigure condițiile optime pentru realizarea unor contracții eficiente în zona de scurtare a mușchilor, atât pentru a învinge gravitația cât și rezistența manuală a terapeutului;
- cocontractia, în sensul unei contracții sincrone a grupelor musculare din jurul unei articulații pentru a asigura echilibrul în posturile de încărcare și a facilita menținerea corpului în poziție ortostatică.

*Mobilitatea controlată* este iscusița de a efectua mișcările, în condițiile în care segmentele distale sînt fixate pentru a menține greutatea corpului, în timp ce unele părți ale corpului se mișcă în jurul axului longitudinal. În aceste condiții, trebuie asigurat un deosebit control al stabilității și echilibrului. Mobilitatea controlată necesită obținerea unei forțe musculare la limita disponibilă de mișcare; promovarea unor reacții de echilibru în balans; dezvoltarea abilității de utilizare a amplitudinii funcționale de mișcare atât în articulațiile proximale, cât și în cele distale.

*Abilitatea* este cel mai înalt nivel al controlului motor, putînd fi apreciată ca fiind capacitatea de „manipulare și exploatare a mediului înconjurător”. În timp ce părțile proximale ale membrelor asigură stabilitatea dinamică, orientînd mișcările membrului în direcția potrivită, părțile distale (mîna și laba piciorului) au o mare libertate de mișcare, de acțiune.

Se poate concluziona că, prin această libertate de mișcare în afara posturii sau locomoției abilitatea conferă corpului capacitatea de a se adapta cel mai bine la o mare diversitate de solicitări, pentru a fi executate cu precizie, rapiditate și eficiență (T. Sbenghe, 1987, p. 197).

#### *Atitudinea corectă a corpului*

Atitudinea corectă poate fi exprimată prin suma componentelor corporale care, privite în ansamblu, scot în evidență dispunerea simetrică a capului, trunchiului și membrelor superioare și inferioare.

Aprecierea capacității de menținere a unei atitudini corecte se analizează pe plan frontal și sagital.

*În plan frontal*, se constată dispunerea componentelor în următoarea ordine: capul și gîtul sînt situate în ordine proximo-distală pe linia mediană a corpului; umerii sînt situați la același nivel, iar claviculele sînt orizontale, paralele cu suprafața de sprijin; trunchiul este corect plasat atunci cînd este vertical și simetric față de axa mediană; bazinul și membrele inferioare sînt considerate cele mai importante componente, care asigură simetria frontală a corpului.

*În plan sagital* se constată prezența curburilor fiziologice la nivelul coloanei vertebrale: cervicală, dorsală, lombară, sacrală.

Analiza modalităților de mișcare a corpului în plan anterior și posterior relevă faptul că planul anterior se caracterizează prin mobilitate funcțională, în care mișcările au amplitudine cu notă dominantă pentru prono-flexie, în timp ce planul posterior asigură corpului stabilitatea, iar mișcările sînt de amplitudine mică, sub formă de extensie și retropulsie a corpului și membrelor.

Membrele superioare se remarcă printr-o mare libertate de mișcare, în timp ce membrele inferioare, împreună cu bazinul, sînt considerate ca fiind „cheia atitudinii corecte”.

Axa corpului pornește de la mastoidă, acromion, marele trohanter, mijlocul feței externe a genunchiului și prin vârful maleolei peroniere. Linia este ușor înclinată spre înainte (5°) față de verticala geometrică.

Formarea reflexului de atitudine corectă poate fi realizată prin intermediul unor exerciții care, prin conținutul lor și prin modul în care copilul le utilizează, contribuie la dobândirea unei imagini concrete și a obișnuinței de a menține corpul într-o poziție corespunzătoare. În acest scop sînt recomandate următoarele exerciții:

- stînd cu spatele lipit de un perete, brațele pe lîngă corp; ducerea brațelor prin lateral în sus, cu menținerea permanentă a contactului cu peretele, privirea orientată spre înainte; se atrage atenția copilului că trebuie să mențină spatele în contact cu peretele pe toată lungimea sa; revenire la poziția inițială;
- stînd cu spatele lipit de perete, cu brațele în lateral, flectarea genunchilor pînă atinge cu bazinul călcîiele (care sînt ridicate de pe sol, laba piciorului fiind în sprijin pe vîrfuri); în timpul flectării genunchilor brațele se mențin lipite de perete, spatele alunecă pe perete, menținînd contactul cu acesta; revenirea este lentă, prin întinderea picioarelor și alunecarea trunchiului pe perete, brațele revin în lateral;
- stînd cu spatele lipit de perete, brațele pe lîngă corp; se execută un pas înainte, cu ducerea brațelor în lateral; se apropie și celălalt picior, o dată cu ducerea brațelor înainte; din această poziție copilul execută o inspirație, ducînd brațele lent, oblic în sus, iar un picior execută pasul înapoi, lîngă perete; se duc brațele prin lateral în jos, cu expirație și se apropie și celălalt picior de perete;
- așezat, spatele sprijinit de perete, cu picioarele întinse, mîinile pe șolduri; flectarea genunchilor prin alunecarea tălpilor pe sol, o dată cu ducerea brațelor prin înainte în sus, inspirație, revenire la poziția inițială, respirație;
- decubit dorsal, picioarele apropiate, genunchii ușor flectați, brațele pe lîngă corp, mîinile în supinație, ducerea brațelor prin lateral în sus cu inspirație, revenirea la poziția inițială cu expirație; mîinile, în timpul alunecării pe sol, sînt menținute în supinație.

#### *Perturbarea reflexului de atitudine corectă a corpului la copiii cu tulburări psihomotrice*

Tulburările de psihomotricitate se regăsesc în starea patologică a activității cerebrale, fiind consecința unor procese morbide, ce au acționat asupra sistemului nervos. În condițiile în care procesul patologic afectează zonele de coordonare a actelor motrice, consecințele sînt dintre cele mai defavorabile pentru copil, manifestîndu-se prin tulburări de echilibru, de coordonare și de vorbire, care, după gradul de gravitate, determină o scădere de nivel variabil a capacității funcționale a organismului.

Tulburările de atitudine a corpului pot avea la origine nu numai deficiențe fizice, ci, în egală măsură, și starea de înapoiere mentală a copilului. Copilul cu tulburări psihomotrice prezintă o slabă dezvoltare a sistemului de comunicare, a atenției și a memoriei, iar voința sa este deficitară. Ceea ce caracterizează acest copil este lipsa de control asupra actelor sale motrice și mai ales asupra atitudinii corporale pe care trebuie să o adopte. Acest fapt este consecința instalării unor tulburări cu interesarea,



în principal, a coloanei vertebrale, care conduc, în final, la statornicirea unor deficiențe de genul: cifoze, lordoze, scolioze, torticolis ș.a.

Corectarea acestor deficiențe de atitudine a copilului cu tulburări psihomotrice este dificil de realizat, întrucât posibilitățile de înțelegere și de cooperare ale acestuia în procesul de reeducare se situează mult sub nivelul copiilor normali. Acești copii prezintă un accentuat dezechilibru între procesele de excitație și inhibiție. Forma de manifestare a copilului la care predomină procesele de inhibiție este legată de un comportament apatic, indiferent, fiind destul de dificil de angajat în orice fel de formă de activitate organizată.

Terapeutul, care își orientează procesul de reeducare pe componentele psihomotricității, va constata că răspunsul la acest sistem de organizare și orientare nu apare imediat, fiind necesar un timp îndelungat și suficient de multă insistență, pentru a reuși ca, treptat, să fie valorificată această direcționare metodică. Acțiunea terapeutului trebuie să se bazeze pe utilizarea treptelor metodice în învățarea unor acțiuni motrice, care privesc prioritar atitudinea corectă a corpului, ceea ce va influența pozitiv și alte componente ale psihomotricității (schemă corporală, lateralitate, orientare și organizare spațio-temporală).

În condițiile în care predomină procesele de excitație, se constată manifestări de tipul instabilității, impulsivității sau stării de agitație. În asemenea situații, copilul nu are continuitate în acțiune, este mereu atras de alte aspecte, fie legate de mediul în care acționează, fie imagini sau realități pe care le-a trăit și care îi revin în minte. Sînt cazuri cînd, deși continuă să răspundă pozitiv sub raport motric, modul în care asociază mișcarea cu verbalizarea (care nu are nici o legătură cu acțiunea în curs de efectuare), este un fapt ce scoate în evidență un alt aspect al modului, în care procesele de excitație se pot manifesta pe parcursul procesului de reeducare psihomotrică.

Cel de-al doilea sistem de semnalizare, cel verbal, considerat ca a doua modalitate de manifestare a unui copil, are o valoare scăzută. Posibilitatea de a executa o mișcare, pe baza instrumentării verbale, este dificil de realizat, dacă nu chiar imposibil, întrucît nu înțelege mesajul verbal. Copilul, în aceste condiții, execută acțiunea numai în situația în care vede ce trebuie să facă și mai ales atunci cînd terapeutul îi indică segmentul care trebuie mișcat.

Incapacitatea de a realiza formele complexe de analiză și sinteză, îl pune pe copil în situația de a dobîndi cu destulă dificultate noi cunoștințe și deprinderi motrice. Sînt situații în care copilul nu poate executa grupajul de mișcări, ce are rolul de a corecta tulburările sale de atitudine corporală, decît după ce terapeutul îi indică segmentul care urmează a fi mobilizat și direcția în care să-l orienteze.

Pentru a asigura însușirea unui sistem de mișcări cu caracter corectiv, este necesar ca acesta să fie planificat pe o perioadă mai lungă de timp, să fie repetat cu consecvență, să fie asociată demonstrația cu verbalizarea acțiunii, iar greșelile să fie corectate imediat, pentru a forma deprinderi de mișcare cît mai apropiate de sfera normalului.

## **Educarea respirației**

Terapeutul, în cadrul procesului de educare sau reeducare psihomotrică, trebuie să acorde o atenție adecvată și modului în care copilul respiră în timpul efortului, cît și după efort, contribuind la liniștirea organismului și la asigurarea unei stări de bine, propice refacerii capacității de efort. Se motivează introducerea acestui

obiectiv, prin aceea că exercițiile de respirație ample, profunde, contribuie la o mai bună oxigenare a sistemului nervos și a întregului organism, ceea ce conduce la captarea atenției și la ridicarea stării emoționale a copilului. În acest mod, se ameliorează ventilația pulmonară, din ce în ce mai necesară copilului pentru celelalte activități, pe care le va desfășura în timpul zilei.

### *Clasificarea tipurilor de respirație*

Mișcările respiratorii sînt complexe și variate, fiind determinate de particularitățile de vîrstă și de sex, de poziția și mișcările corpului, de starea de sănătate, precum și de condițiile de mediu.

Specificul și caracterul mișcărilor respiratorii determină dirijarea aerului spre anumite zone pulmonare, fapt ce evidențiază tipul respirator. În funcție de zonele aerate, se disting următoarele tipuri respiratorii: tipul respirator abdominal, diafragmatic sau bazal; tipul respirator costal inferior, mijlociu sau lateral; tipul respirator costal superior sau clavicular. Aceste tipuri nu sînt perfect individualizate, aproape în toate cazurile întîlnindu-se combinații între ele.

### *Respirația abdominală*

În timpul inspirației diafragul coboară, exercitînd o presiune verticală asupra viscerelor din cavitatea abdominală, cît și o presiune laterală asupra ultimelor coaste. Prin coborîrea diafragmului se măresc atît diametrul longitudinal (vertical), cît și circumferința bazei cutiei toracice.

Pentru mobilizarea diafragmului, poziția adecvată este de decubit dorsal cu genunchii flectați, mîna dreaptă pe abdomen, iar mîna stîngă pe torace la nivelul sternului. Rolul mîinilor este de a controla mai bine acțiunile și chiar de a ajuta la dirijarea mișcărilor respiratorii.

Acțiunea: se închid ochii, toată atenția este orientată spre mișcarea abdomenului; aerul pătrunde pe nas fără ca aripile nazale să se miște; se încearcă „mirosirea” aerului și însoțirea lui cu gîndul spre baza plămînului, timp în care abdomenul se bombează. Trebuie subliniat faptul că poziția corectă, în timpul inspirației, este cu spatele lipit de sol; mîna stîngă, pentru început, poate exercita o ușoară presiune asupra toracelui, cu scopul de a realiza o relativă blocare a acestuia.

În expirație, se acționează invers, presînd ușor cu mîna dreaptă abdomenul, în timp ce mîna stîngă se relaxează. Trebuie amintit că timpul afectat expirației este dublu față de timpul afectat inspirației. Mai trebuie adusă în discuție și apneea (un eventual moment de reținere a respirației), acesta fiind un act voluntar, căruia i se atribuie efecte favorabile asupra oxigenării sîngelui și, implicit, a inimii și a creierului, datorită vasodilatației ce rezultă la nivelul miciei circulații. Prin antrenarea sistematică a apneei, organismul se pregătește pentru a face față stărilor de hipoxie, consecutive unor eforturi fizice mai mari. Oprirea voluntară a respirației întărește și dezvoltă voința, gîndirea conștientă și capacitatea de a stăpîni și dirija organismul.

### *Exerciții pentru educarea respirației abdominale*

- se optează pentru poziția de decubit dorsal, genunchii flectați, tălpile pe sol, brațele pe lîngă corp, inspirație profundă cu bombarea abdomenului, expirație prelungă, presînd mîinile pe abdomen;



- decubit dorsal, genunchii flectați, tălpile pe sol, o minge medicinală (1-3 kg) ținută în mâini; inspirație cu bombarea abdomenului, o dată cu ducerea mingii înainte, în sus; așezarea mingii pe abdomen, expirație prelungită;
- decubit dorsal, genunchii flectați, un săculeț cu nisip sau o mică greutate (0,5-1 kg) așezate pe abdomen, inspirație cu bombarea abdomenului, învingând rezistența obiectului, expirație prelungită;
- pe genunchi, pe călcâie așezat, palmele pe sol: trecere în cvadrupedie cu bombarea abdomenului, inspirație; revenire la poziția inițială, cu expirație;
- așezat pe un scaun, spatele sprijinit, bărbia în piept: întinderea picioarelor, ridicarea capului, bombarea abdomenului, inspirație; tragerea genunchilor la piept, cuprinderea lor cu mâinile, retragerea abdomenului, expirație;
- stînd cu fața spre spătarul scaunului: ducerea brațelor înapoi, de coate apucat, inspirație cu bombarea abdomenului; sprijinirea mâinilor pe spătarul scaunului, o dată cu îndoirea genunchilor, retragerea abdomenului, expirație;
- stînd, brațele pe lângă corp, ducerea unui picior înapoi pe vîrf, brațele înapoi întinse, bombarea abdomenului, inspirație; ducerea piciorului spre înainte în sus, genunchiul îndoit, brațele cuprind geunchiul, bărbia în piept, expirație.

*Indicații metodice:* în timpul executării exercițiilor de respirație se poate introduce și apneea; durata acesteia fiind în funcție de posibilitățile copilului, dar și de poziția pe care trunchiul o adoptă pentru a exersa respirația abdominală.

### *Respirația costal inferioară*

Acest tip de respirație antrenează, într-o măsură mai mică și o parte din participarea abdominală. Aerul este dirijat, în special, în zonele mijlocii ale plămînilor, realizîndu-se în acest fel o aerare superficială.

În inspirație, aerul pătrunde pe nas și se dirijează spre zonele mijlocii ale plămînilor, coastele inferioare se ridică și se îndepărtează, cutia toracică își mărește volumul, în special lateral și parțial antero-posterior.

În respirația de tip costal participarea diafragmului este mai redusă, comparativ cu respirația abdominală.

Pentru verificarea modului în care se execută respirația de tip costal inferior, se plasează subiectul în fața oglinzii în poziția stînd depărtat cu mâinile sprijinite pe ultimele coaste, degetele inelar și auricular pe abdomen sub rebordul costal. Mîinilor le revine un rol important, întrucît controlează mișcările de lateralitate a coastelor în timpul inspirației, iar în timpul expirației exercită o apăsare continuă asupra toracelui, ajutînd evacuarea aerului, contribuind la o expirație mai completă.

### *Exerciții pentru educarea respirației costal inferioară*

- decubit dorsal, genunchii ușor îndoți, sub omoplați se plasează o minge medicinală mică, o pernă sau săculeți cu nisip, mîinile la baza coastelor; ducerea brațelor în lateral, capul în extensie, abdomenul supt, inspirație; revenire cu apăsarea mîinilor pe coaste, bărbia în piept, expirație;
- decubit dorsal, genunchii ușor îndoți, brațele în lateral, aducerea genunchilor la piept, cuprinderea lor cu mîinile, bărbia în piept, inspirație, revenire în poziția inițială, expirație;

## PSIHOMOTRICITATEA

- stînd depărtat: răsucirea trunchiului spre dreapta, brațele în lateral, inspirație, revenire la poziția inițială, expirație; aceeași acțiune și în partea stîngă;
- stînd depărtat, mîinile la umeri: extensia trunchiului, coatele trase mult înapoi, inspirația, aplecarea trunchiului înainte, brațele în lateral, expirație;
- stînd ghemuit, palmele pe sol: trecere în fandare înainte pe piciorul drept, brațele oblic în jos, inspirație; revenire la poziția inițială, expirație;
- decubit ventral, brațele la spate: degetele încleștate; extensia trunchiului cu ridicarea capului, inspirație; revenire, expirație.

În funcție de capacitatea de adaptare a subiectului, se poate asocia și apneea.

### *Respirația costal superioară*

În acest tip de respirație, cutia toracică își mărește diametrele în aria costelor superioare. Se realizează în acest fel o deblocare a zonelor superioare, permițînd aerului să pătrundă și spre vîrfurile plămînilor. Dirijarea aerului spre vîrfuri este îngreunată și de cursa diafragmatică, care, pe durata inspirației, coboară, diminuînd distensia țesutului pulmonar.

Respirația costal superioară este incompletă și ca urmare a constituției anatomice a acestor zone a plămînilor, care sînt mai reduse ca volum și care nu permit pătrunderea unei cantități mari de aer.

Respirația costal superioară face ca abdomenul și cutia toracică, în partea sa mijlocie, să-și reducă semnificativ participarea, la originea lor aflîndu-se adaptarea organismului la diferiți factori, cum ar fi particularitățile de sex sau poziția corpului și a segmentelor sale în acțiunile statice și dinamice în care este antrenat.

### *Exerciții pentru educarea respirației costal superioare:*

- decubit dorsal, mîinile la umeri; ducerea brațelor pe lîngă cap în sus, inspirație, revenire la poziția inițială, expirație;
- decubit ventral, palmele pe sol la nivelul umerilor, coatele ușor flectate: ridicarea umerilor prin împingere în palme, capul în extensie, inspirație, revenire la poziția inițială, expirație;
- pe genunchi, pe călcîie așezat, mîinile la umeri: ridicare în sprijin pe genunchi, brațele se duc oblic în sus, privirea după brațe, inspirație; revenire, expirație;
- așezat pe scaun, cu un baston așezat pe genunchi apucat de capete: ducerea bastonului prin înainte în sus, o dată cu întinderea picioarelor, inspirație, revenire la poziția inițială, expirație;
- așezat călare pe scaun cu fața spre spătar, coatele sprijinite pe spătar, mîinile pe umeri: ducerea brațelor oblic în sus, o dată cu răsucirea trunchiului spre dreapta (apoi spre stînga), inspirație; revenire la poziția inițială, expirație;
- stînd cu fața la perete, palmele sprijinite la nivelul umerilor: îndoirea genunchilor pînă ce brațele se întind, capul în extensie, inspirație; revenire, expirație.

Exercițiile sînt executate cu și fără apnee între cei doi timpi respiratorii. În condițiile în care subiectul se adaptează la acest tip de respirație, apneea voluntară este treptat introdusă, urmărind creșterea duratei de reținere a respirației.

Prezentarea mai detaliată a tipurilor de respirație este făcută din rațiuni bine motivate, în ideea că „gimnastica respiratorie” nu este „un unicat”, ci un amalgam de contribuții etajate, terapeutul, pe lîngă cele trei tipuri de respirație descrise mai sus, avînd la dispoziție și un al patrulea model, „respirația completă”, care se prezintă sub



forma înlănțuirii celor trei tipuri de bază care, prin structură și prin modul în care intervin în procesul de corectare a tulburărilor respiratorii, se constituie într-un corolar al sistemului de influențare favorabilă a aparatului respirator, dar și a funcției pe care acesta o îndeplinește.

Utilizarea sistemului de mijloace, pentru însușirea corectă a respirației, pe parcursul desfășurării procesului de educare sau reeducare a copiilor cu tulburări sau dificultăți psihomotrice, impune adaptarea acestui proces la particularitățile lui de vîrstă.

#### *Vîrsta de 3-6-7 ani (preșcolari)*

Se remarcă faptul că, pînă la vîrsta de 6-7 ani, copiii au o respirație de tip abdominal, tipul cel mai apropiat de cel eficient. În această perioadă se acționează asupra inspirației pe nas și a expirației pe gură. Formarea acestei deprinderi, de a respira cît mai aproape de forma sa corectă, are eficiență în viitor, întrucît orice pricepere și deprindere constituită în copilărie se păstrează aproape pe toată durata vieții.

În această perioadă, se acționează prin intermediul unor exerciții cu caracter ludic, copilul trebuind să imite acțiunile pe care le întîlnește în activitatea lui zilnică, ca spre exemplu:

Copilul este pus să sufle ușor pe dosul palmei, pentru a simți aerul cum îi mîngîie mîna; se cere să întoarcă mîna cu palma spre gura lui și să sufle cît poate el de tare; aerul va reveni spre fața lui ca o adiere de vînt.

Se oferă copilului un creion colorat, sugerîndu-i că este o lumîinare pe care trebuie să o stingă; să sufle la început ușor pentru a vedea cum flăcara se înclină fără a se stinge; după o pauză, să sufle cît poate el de tare pentru a stinge lumînarea.

Se cere să strîngă pumnul și să sufle în el ca într-o trompetă; la început să sufle cît poate el de tare pentru a auzi cît de tare cîntă trompeta lui; se trece la suflat încet; să urmărească la ce intensitate trompeta lui mai cîntă.

O sticlă din plastic de ½ litru umplută pe jumătate cu apă, și un tub din plastic, pe care să-l poată introduce în sticlă; trebuie să sufle tare pentru a produce bule de aer mari, dar și încet, pentru a produce bule de aer mai mici.

„Morișca”: palmele sînt duse în fața gurii; se execută morișca (rotarea palmelor), timp în care copilul suflă asupra palmelor; prin rotarea palmelor aerul, întîlnind mîna, va produce un anumit sunet.

La „țintă”: tubul de plastic este utilizat și pentru a trage la țintă; se fac din bucățele de hîrtie cocoloașe mici, pe care le introduce în tub; pe perete este fixat un carton (de 50/50 la 20/20 cm) la distanțe variabile, în funcție de vîrsta copilului; cu cît copilul este mai mic, distanța va fi mai mică, iar ținta mai mare și invers, la copilul mai mare ținta va fi mai mică și distanță mai mare; este declarat cîștigător copilul care atinge ținta de cît mai multe ori.

„Să cîntăm”: copilul este așezat în fața oglinzii; se solicită următoarele acțiuni: să pronunțe vocala *o* cît poate de tare, potrivit, încet; să lege cele două vocale *o, u* tare, potrivit, încet; să pronunțe vocala *a* tare, potrivit, încet; să lege vocalele *a, u* tare, potrivit, încet; aceste exerciții se execută cu ochii deschiși și închiși, din pozițiile așezat, stînd, decubit dorsal și ventral; la început, vocalele sînt pronunțate în fața oglinzii, după care se trece la vocalizare din alte poziții fără ajutorul oglinzii; se

urmărește ca, în timpul exercițiilor, copilul să inspire pe nas și să expire pe gură, poziția buzelor trebuind să fie, atunci când suflă, așa cum ar ponunța vocala *u*.

Se poate utiliza și imitarea fluierului, cu condiția ca buzele să fie ușor întredeschise.

Acțiunile se execută la început din poziția așezat sau din stînd. Pe măsură ce copilul dobîndește capacitatea de a executa mișcările de respirație cît mai corect, se cere executarea acestora și din pozițiile de stînd pe genunchi, în cvadrupedie, decubit dorsal și ventral. Treptat, pozițiile statice prezentate mai sus vor fi înlocuite cu poziții dinamice de mers și alergare, punîndu-se un accent deosebit asupra inspirației pe nas și expirației pe gură.

#### *Grupa de vîrstă 7-11 ani (clasele I-IV)*

Dezvoltarea musculaturii intercostale conduce, nemijlocit, și la utilizarea mai amplă a respirației de tip costal. Sistemul de acționare pentru educarea acestui tip de respirație este alcătuit din exerciții executate în ritm lent și profund. Între inspirație și expirație se introduce o pauză (apnee), urmărind ca durata inspirației și cea a expirației să fie egale, în timp ce apneea se limitează la 1-2 secunde:

- din stînd, ducerea lentă a brațelor prin înaintă în sus, inspirație pe nas; prinderea mîinilor deasupra capului, reținerea respirației; coborîrea brațelor prin lateral în jos, expirație;
- stînd, mîinile apucate la spate, ducerea brațelor înapoi întinse, o dată cu arcuirea umerilor, inspirație; menținerea poziției doi timpi cu apnee; revenire lentă la poziția inițială, expirație;
- stînd, ducerea brațelor prin lateral în sus, privirea după brațe, inspirație; înclăștarea degetelor doi timpi, apnee; revenirea brațelor prin lateral în jos, expirație;
- așezat, genunchii ușor îndoiți, mîinile pe genunchi; ducerea brațelor înapoi, sprijinite pe sol; picioarele întinse, capul și umerii în extensie, inspirație; revenire la poziția inițială, expirație;
- pe genunchi, pe călcîie așezat, palmele pe sol în fața genunchilor; ducerea unui picior înapoi întins, trunchiul în ușoară extensie, inspirație, revenire la poziția inițială, expirație; se execută același exercițiu și cu celălalt picior;

La această grupă de vîrstă, jocul are un rol deosebit, întrucît copilul participă cu multă plăcere la acest gen de activitate:

- pe masă sînt trasate două poziții; cîte doi copii participă la „fotbal” cu mingea de tenis de masă;
- pe frunte este prinsă, cu un elastic, o foaie de hîrtie; copilul trebuie să sufle, pentru a menține cît mai mult timp hîrtia departe de nas;
- pe grupe de cîte doi copii, vor sufla asupra unui fulg, pentru a-l menține cît mai mult timp în aer;
- o minge de tenis de cîmp suspendată, copilul trebuie să sufle asupra mingii pentru a o deplasa în diferite direcții.

#### *Grupa de vîrstă 11-13 ani (clasele V-VI)*

Este perioada în care diferențele dintre sexe se accentuează și în ceea ce privește modul în care se efectuează actul respirator.



La băieți se conturează respirația de tip abdominal, iar la fete, respirația de tip costal superior. Această perioadă se caracterizează, în principal, printr-o atenție sporită asupra angrenării în actul respirator a unei suprafețe alveolare cât mai întinse. Respirațiile devin tot mai profunde, controlate și executate mai lent, cu creșterea treptată a pauzei dintre inspirație și expirație. Se urmărește a obişnui copiii, în special fetele, că aerul care pătrunde în plămîni trebuie să fie dirijat de la bază spre vîrfuri.

În această etapă de creștere și dezvoltare, se poate începe cu învățarea respirației de tip abdominal (diafragmatic), atît pentru băieți cît și pentru fete, deși la fete începe să predomine respirația de tip costal superior.

*Indicații metodice.* Din stînd depărtat, mîna stîngă pe piept, mîna dreaptă pe abdomen; se efectuează o expirație profundă; se inspiră apoi pe nas, lent, o dată cu bombarea abdomenului; se urmărește ca acțiunea să fie localizată strict la nivelul abdomenului, cu toracele blocat; mîinile au un rol dublu: mîna stîngă blochează mișcarea toracelui, iar mîna dreaptă verifică mișcarea abdomenului, fără a opune rezistență; expirația se execută pe gură cu buzele ușor rotunjite și cu producerea sunetului *u* prelungit.

Greșeli frecvente: extensia coloanei vertebrale este localizată la nivelul regiunii lombare în loc de cea dorsală; umerii sînt ridicați în timpul inspirului; tendința de a inversa mișcările, în sensul că în inspirație retrag abdomenul, iar în expirație îl bombează.

Durata de lucru în cadrul programului de educare a respirației se stabilește în funcție de nivelul de pregătire, de capacitatea de mobilizare, de interesul manifestat, dar și de etapa în care se află copilul sub raportul reeducării tulburărilor de psihomotricitate. Cîteva exemple în continuare:

- stînd, mîinile sprijinite de spătarul unui scaun, trunchiul ușor aplecat: îndreptarea trunchiului, cu ducerea brațelor oblic în sus, privirea după brațe, bombarea abdomenului cu inspirație profundă; sprijinirea mîinilor pe spătarul scaunului, o dată cu îndoirea genunchilor, retragerea abdomenului, expirație;
- așezat pe scaun cu spatele sprijinit de spătar, brațele cuprind spătarul, degetele încheștate, bărbia în piept; îndreptarea trunchiului, o dată cu întinderea brațelor spre înapoi; capul în extensie; bombarea abdomenului, inspirație, revenire la poziția inițială, expirație;
- așezat pe scaun, brațele sprijinite pe coapse, palmele pe genunchi, trunchiul aplecat înainte, bărbia în piept; ducerea brațelor oblic în sus, privirea după brațe, spatele sprijinit de spătarul scaunului; picioarele întinse și depărtate; bombarea abdomenului cu inspirație; revenire la poziția inițială, cu expirație;
- pe genunchi, pe călcîie așezat, palmele pe coapse: ridicarea în stînd pe genunchi, brațele înapoi, apucat de coate, inspirație cu bombarea abdomenului; ducerea mîinilor pe abdomen, pe călcîie așezat, trunchiul aplecat înainte (în acest timp copilul reține respirația), expirație prelungită, cu retragerea abdomenului.

#### *Grupa de vîrstă 13-15 ani (clasele VII-VIII)*

Se trece la învățarea unui tip de respirație combinat, în care sînt angrenați în activitate mușchii abdominali, cu implicarea mai activă a grilajului inferior al toracelui. Copilul are posibilitatea de a executa acest tip de exerciții de respirație

combinat, întrucît, înainte de această etapă, a exersat ambele tipuri în mod independent. Se realizează, în acest mod, o respirație de tip toraco-abdominal.

Din stînd depărtat, mîinile așezate la baza toracelui, în așa fel încît degetele să fie pe abdomen, iar podul palmei pe ultimele coaste; după o expirație profundă, se inspiră lent, pe nas, acțiune ce se desfășoară în doi timpi. În prima fază, diafragma se deplasează în jos, ceea ce face ca abdomenul să se bombeze, iar aerul să umple treptat zonele inferioare ale plămînilor. În faza a doua, care este, de fapt, o continuare a primei (fără pauză între ele), prin deplasarea laterală a coastelor, aerul pătrunde în porțiunile mijlocii ale plămînilor.

Expirația se execută cu gura întredeschisă, acționînd, cît mai eficient posibil, asupra grilajului costal mijlociu, pentru ca, într-o a doua fază, accentul să fie pus pe participarea costală inferioară, în paralel cu intervenția diafragmatică, susținută și de presa musculară abdominală.

Greșeli frecvente por surveni după inspirația profundă din prima fază, cea abdominală, cu neglijarea celei de-a doua, ceea ce conduce la o respirație în flux nediferențiat. Exemple:

- stînd depărtat: aplecarea și îndoirea trunchiului, o dată cu ducerea mîinilor spre vîrfurile picioarelor, expirație; ridicarea trunchiului, o dată cu ducerea brațelor prin înainte oblic în sus în extensie; inspirație;
- stînd, bastonul în față în jos, apucat de capete: fandare înainte, cu ducerea lentă a bastonului sus, inspirație, revenire, expirație;
- stînd cu mingea medicinală (1-3 kg) în mîini, așezată la ceafă; genuflexiune amplă, expirație; ridicarea în stînd cu ducerea mingii medicinale sus deasupra capului, privirea după minge, inspirație;
- stînd ghemuit, ridicarea trunchiului cu brațele oblic sus, privirea după brațe; o dată cu ducerea unui picior oblic înapoi pe vîrf sprijinit, inspirație; revenire la poziția inițială, expirație;
- stînd pe un genunchi, mingea medicinală ținută cu ambele mîini sprijinite pe genunchiul flectat: ducerea mingii sus, trunchiul în extensie, privirea după minge, inspirație; revenire la poziția inițială, expirație;
- pe genunchi, pe călcîie așezat, mîinile apucă călcîiele: ridicare de pe călcîie, trunchiul în extensie, ducerea brațelor prin lateral în sus cu inspirație, revenirea în doi timpi la poziția inițială, expirație.

### *Exerciții și jocuri*

- *mers*, ducerea brațelor oblic în sus, inspirație, brațele pe lîngă corp în jos, expirație; indicații metodice: inspirația se execută pe primii trei pași, în următorii doi pași apnee, expirația se execută pe următorii patru pași; la început, se poate executa pasul pe loc pentru a reuși copilul să-și armonizeze respirația cu alternarea pașilor; se trece la deplasarea prin pași obișnuiți, urmează creșterea amplitudinii, frecvența menținîndu-se în aceleași limite;
- *mers cu mîinile pe creștet*: pe trei pași inspirație, o dată cu ducerea brațelor oblic în sus, privirea după brațe și cu ridicare pe vîrfuri; doi pași normali cu apnee; pe patru pași expirație, o dată cu revenirea mîinilor pe creștet;



- mers fandat: pe primul pas, brațele se duc oblic în sus; inspirație; pe al doilea pas se apleacă trunchiul înainte, mâinile pe genunchi, expirație. Indicații metodice: deplasarea se execută în ritmul lent pe care îl imprimă terapeutul; în timpul balansării piciorului de dinapoi spre înainte, respirația este reținută (apnee); o dată cu aplecarea trunchiului spre înainte se pot sprijini palmele pe sol pentru a ușura expirația, prin presiunea abdomenului pe coapsă;
- mers cu mâinile înapoi apucat: pe trei pași, inspirația, o dată cu depărtarea brațelor de bazin, umerii menținuți în extensie; doi pași apnee; pe patru pași cu aplecarea trunchiului înainte, imitând mersul pe patine, expirație;
- mers cu fandare ușoară, legănarea brațelor; inspirație; legănarea brațelor în partea opusă, expirație; indicații metodice: se execută la început rar pentru a armoniza mișcarea brațelor cu timpii respiratori; se trece la modificarea ritmului, care devine mai vioi până se ajunge la alergare; atenția trebuie concentrată pentru a armoniza respirația cu alergarea.

### *Alergarea*

Momentul fazei de zbor în timpul alergării determină adaptarea respirației la acest mod mai complex de deplasare.

Atenție! În alergare nu se mai sincronizează respirația cu frecvența pașilor, frecvența pașilor fiind mult mai rapidă.

Pentru a obișnui copilul cu modul în care se execută cât mai corect alergarea, dar și pentru a-l obișnui să pună în acord cele două elemente de bază, alergarea și respirația, se poate utiliza procedeul de alergare pe loc. În aceste condiții, copilul depune un efort de intensitate mai mică, dar are posibilitatea de a înțelege și mai ales de a simți nevoia de a respira și de a găsi modul în care poate să realizeze această funcție în mod corespunzător. În acest mod, devine posibilă corelarea efortului depus în alergarea pe loc cu săritura la coardă sau săritura pe loc.

Terapeutul poate regla efortul depus în timpul alergării, acționând asupra ritmului de alergare, care la început este destul de lent, pentru a obișnui copilul cu acest gen de efort; nivelul de ridicare a genunchilor; al distanței pe care copilul trebuie să o parcurgă, care este mai mică, până ce copilul se adaptează la solicitare și, în sfârșit, a duratei de alergare, toate aceste elemente fiind modalități de reglare a efortului în cadrul procesului de educare sau reeducare psihomotrică.

### *Jocuri*

- „Cine numără mai mult?” – pe perechi, dispuse față în față la o distanță de o lungime de braț; la comandă, un copil, desemnat de terapeut, după ce a inspirat profund, începe să numere cu voce tare în timp ce expiră; se ia în considerație numărul până la care a ajuns fără a inspira; indicații metodice: partenerul urmărește până la ce număr a ajuns colegul fără a inspira; poziția de lucru poate fi din stînd, așezat sau decubit; jocul vizează îmbunătățirea respirației, cu accent pe expirație; poate fi utilizat și pentru a capta atenția sau pentru liniștirea organismului;
- „Să cîntăm” – cite doi față în față; la comandă, după o inspirație profundă, copiii încep să „cînte” „A” după tonul dat de un copil; în acest timp, terapeutul ține evidența numărului de măsuri la care ajunge partenerul „cîntăreț”; se schimbă rolurile.

- „Cine trimite mingea mai departe” – pe grupe de cîte doi copii, fiecare copil din poziția stînd pe genunchi la linia de start, avînd o minge de tenis de masă în față; la comandă, suflă prin tubul de plastic, încercînd să trimită mingea cît mai departe.
- „Suflă mai tare ca el” – pe perechi, pe genunchi așezat față în față, mingea se află la o distanță egală între parteneri; la comandă, simultan suflă prin tubul de plastic spre minge, urmărind să o trimită în partea opusă; cîștigă cel care a reușit să-și învingă partenerul de mai multe ori; indicații metodice: partenerii trebuie să fie aleși avînd posibilități apropiate de a acționa; terapeutul urmărește ca vîrfurile libere ale tuburilor să se afle la distanțe egale de minge.
- „Nu te lăsa” – cîte trei copii așezați pe sol, picioarele depărtate, talpă în talpă; mingea se află într-un cerc pe sol la distanță egală; fiecare copil încearcă să trimită mingea, suflînd prin tub, în terenul unuia dintre parteneri; se consideră învins cel care a permis ca mingea să treacă dincolo de nivelul genunchilor, pierzînd un punct; cîștigă cel care a acumulat cel mai mic număr de puncte.
- „Suflă mingea” – cîte doi copii la interval de o lungime de braț, în fața lor, la distanță de 1-1,5 m, pe o masă sînt plasate două mingi de ping-pong; se cere copiilor ca, suflînd prin tub, să deplaseze mingile cît pot ei de departe; sînt posibile două-trei încercări.

Pentru a complica și mai mult acțiunea și a crea o stare de bună dispoziție, atunci cînd ajunge copilul la linia de start, terapeutul, după ce îl leagă pe copil la ochi, îl pune să execute un pas înapoi, unul la dreapta, altul la stînga și o mică întoarcere, după care îi oferă tubul pentru a sufla.

Exercițiile și jocurile prezentate au rolul de a dezvolta capacitatea respiratorie a copilului, dar și de a contribui la liniștirea organismului. Terapeutul trebuie să selecționeze acele exerciții și jocuri care sînt în acord cu scopul urmărit în cadrul procesului de educare sau reeducare psihomotrică. O atenție deosebită trebuie acordată duratei de lucru, care trebuie să fie adaptată la capacitatea de efort a copiilor.

Exemplele prezentate au rolul de a orienta terapeutul asupra sistemului de acționare, acesta avînd latitudinea să lărgască gama de mijloace prin care poate acționa pozitiv asupra funcției respiratorii a copiilor.



## LATERALITATEA CORPORALĂ

Conceptul de lateralitate corporală se regăsește în modul în care subiectul utilizează preferențial mîna dreaptă sau stîngă în activitatea sa uzuală sau grafică. Un mod aparte îl reprezintă și posibilitatea de a angaja simultan sau independent ambele mîini pentru realizarea unor acțiuni complexe, calitate cunoscută sub denumirea de ambidextrie. Activitățile manuale se diferențiază sub raportul sprijinului, stabilității și controlului; aceste componente joacă un rol decisiv în direcția utilizării lor, cu preponderență pentru scris, chiar dacă diferențele dintre mîna dreaptă și mîna stîngă pot fi, uneori, minime. În anumite condiții, copilul se simte mai bine și se angajează cu plăcere în activitățile care îi solicită să utilizeze mîna sa preferată, dreapta sau stînga. După cum sînt și situații în care copilul execută cu abilitate unele acțiuni cu una dintre mîini, în timp ce la scris o folosește pe cealaltă. Mîna utilizată preferențial pentru scris devine mîna dominantă, întrucît scrisul este o activitate de finețe, ce antrenează o specializare funcțională complexă. Mîna angajată în scris trebuie percepută ca un instrument prin intermediul căruia copilul se poate exprima corect, concret și eficient.

### Examenul lateralității

Pentru a reuși departajarea activităților atribuite emisferului dominant sau minor, se utilizează o largă baterie de teste, în care probele vor trebui selecționate din activitățile cotidiene ce nu au fost supuse unui proces metodic de educare.

După M. Auzias (1975, p. 31), probele care pot fi utilizate pentru a aprecia nivelul lateralității emisferice a unui copil se caracterizează printr-o mare diversitate, selecția lor fiind la latitudinea examinatorului, cum ar fi: înșurubarea unui dop la o sticlă; aprinderea unui chibrit; folosirea foarfecelui pentru a decupa o hîrtie; folosirea radierei; de luat o mărgea cu o linguriță dintr-o cană; picurat cu pipeta; să sune din clopoțel; să închidă și să deschidă un fermoar; să folosească peria pentru a lustrui gheata (pantoful); să bobineze ața pe un mosor; transvazare (să treacă apa dintr-o cană în altă cană); să înfigă un ac cu gamălie într-un dop de plută; să deșurubeze o piuliță; să împartă cărțile; să bea apă din pahar; să introducă ața în ac; să coase. Aceste probe vizează stabilirea lateralității pentru membrul superior.

Pentru membrul inferior, sînt utilizate următoarele probe: șotronul; piciorul preferat pentru șut în minge; piciorul de bătaie pentru săritură. Pentru copilul pînă la șase ani, poate fi luat în considerație și piciorul pe care poate sta mai mult în echilibru (J.J. Guillarmé, 1982, p. 57).

Pentru ochi, se folosește un tub prin care copilul trebuie să privească un obiect din preajma sa. Copilul trebuie să-l ridice de pe masă cu mîna și să-l ducă la ochiul de

preferință. În această situație, se întâlnesc cazuri când apucă tubul cu mîna dreaptă, dar îl duce la ochiul stîng sau invers, apucă cu mîna stîngă, dar îl duce la ochiul drept.

Cu privire la orientarea copilului pentru a folosi preferențial, pentru scris, mîna dreaptă sau stîngă, trebuie să se țină seama de vîrsta copilului, de dezvoltarea sa motrică, precum și de dorința copilului, mai puțin de cea a părinților.

Vîrsta copilului este esențială în orientarea asupra abilităților sale manuale. Pînă la vîrsta de șapte ani, sistemul nervos prezintă o mare plasticitate, condiție în care se poate insista pentru a obișnui copilul să acționeze preferențial cu una dintre mîini. După această vîrstă, este mult mai dificil să se intervină în această direcție, întrucît tulburările care însoțesc această acțiune sînt de natură să-l determine pe pedagog să renunțe la această inițiativă.

Sînt situații în care, în urma unui accident, copilul nu poate utiliza mîna dominantă și se apelează la educarea mîinii minore, pentru a-i prelua funcția. În aceste condiții, au fost citate situații când capacitatea de readaptare a fost surprinzător de rapidă. Este probabil că în aceste situații intervine existența unei ambidextrii latente, neremarcată pînă în acel moment.

Dezvoltarea motrică a copilului oferă posibilitatea examinatorului de a aprecia în ce măsură acesta dispune de capacitatea de a face față unor cerințe complexe, pe prim-plan situîndu-se cea a grafismului, care se exprimă sub aspectul lentoarei în executarea semnelor grafice, precum și al abaterilor de la forma lor concretă, la care se adaugă dificultățile de legare a semnelor grafice pentru a exprima un cuvînt. Aceste dificultăți trebuie legate și de poziția corpului în raport cu foaia de hîrtie, cu modul în care folosește instrumentul de scris, precum și cu felul în care poziționează foaia pe care trebuie să înscrie semnele grafice.

Consecințele acestor tulburări sînt cu atît mai importante cu cît în discuție se regăsesc contrarii educative, suprapuse pe cele anatomo-funcționale. În aceste situații, va trebui, înainte de toate, să se țină cont de maniera de realizare a deprinderii motrice propuse, de stilul relației educative, de nivelul și amplexarea participării terapeutului.

Dorința copilului și a familiei devine hotărîtoare atunci cînd copilul accede în învățămîntul preșcolar și este îndrumat să folosească numai mîna dreaptă, pentru a îndeplini cerințele programei școlare.

### Conduitele operaționale

Orientarea copilului în direcția alegerii mîinii dominante, cu care va acționa în activitatea sa practică, trebuie să respecte și să aplice o gamă extrem de largă de cerințe, ce privesc capacitatea motrică a fiecărui copil, pentru a putea evalua posibilitățile sale de adaptare și nivelul funcțional al organismului. În condițiile unei evoluții normale a lateralității emisferice, acțiunea de educare a grafismului se va orienta spre mîna dreaptă sau stîngă, în funcție de preferința manuală a copilului, fără a omite preocuparea pentru promovarea ambidextriei. Învățămîntul preșcolar (trei-șase ani), este cel mai potrivit cadru de promovare a ambidextriei, după această perioadă resursele adaptative la acest cadru conceptual fiind mult mai reduse.

În activitățile curente, în care este inclusă și autoservirea, mîna vizează: *ușurința, rapiditatea și precizia*, cu care sînt executate acțiunile motrice, indiferent de



faptul că utilizează numai una sau ambele mâini. Dobândirea acestei capacități, la nivelul învățământului preșcolar, este strict legată de modul în care educatorul reușește să-i obișnuiască pe copii să folosească alternativ mâinile, pentru a îndeplini obiectivele programei școlare, pe de o parte, și capacității de autoservire, pe de altă parte.

### Modalități de conștientizare a noțiunilor de dreapta-stînga

Conștientizarea lateralității este un proces care solicită multă atenție din partea terapeutului, mai ales în condițiile în care copilul este în situația de a recunoaște și întrebuința termenii „la dreapta” sau „la stînga”, pornind de la precizarea unor repere stabile, față de care copilul să se poată raporta (ușa, ferestrele, tabla, masa, scaunele etc.).

Pentru terapeut este important modul în care copilul răspunde la aceste solicitări. Pe măsura progreselor înregistrate, terapeutul trece la schimbarea poziției în care copilul a efectuat exercițiul de ridicare sau coborîre a mâinii drepte și a celei stîngi, cu fața la ușă, la fereastră, la tablă etc., situație în care copilul va începe să înțeleagă că, indiferent de poziția pe care o are, partea dreaptă sau stîngă a corpului său rămîn permanent aceleași.

Se trece apoi la stabilirea altor repere, pe care trebuie să le ocolească din mers și din alergare. În acest scop, în sală sînt plasate mai multe obstacole, pe care sînt plasate benzi de culoare albă, pentru a fi ocolite spre dreapta, și de culoare roșie, pentru a fi ocolite spre stînga. După ce copilul reușește să se încadreze corect în acest sistem de cerințe, se schimbă ordinea de dispunere a celor două culori, solicitîndu-se copilului să parcurgă traseul, de data aceasta prin alergare. Se urmărește modul în care acesta reușește să se adapteze la noile cerințe.

Stînd față în față cu copilul, terapeutul îi cere să-l imite atunci cînd ridică unul sau ambele brațe în sus și revine cu ele la loc, urmărind modul în care acesta execută mișcarea comandată, dacă are sau nu capacitatea de a-l imita. Dacă se constată greșeli în executarea mișcării, se recurge din nou la banda albă plasată pe brațul drept sau stîng al copilului.

### Reeducarea lateralității corporale

Procesul de reeducare a lateralității nu poate fi abordat fără o prealabilă evaluare a restantului funcțional al motricității, în special al dificultăților pe care le întîmpină copilul în domeniul abilităților manuale și al mersului. Cu aceste obiective prioritare în față, atenția va fi orientată asupra vitezei cu care se execută mișcările uzuale, a timpului de reacție la diferite semnale, precum și a preciziei cu care aceste mișcări sînt executate. La reușita acestor obiective propuse, o importanță deosebită este atribuită modului în care terapeutul reușește să-l facă pe copil să înțeleagă ce anume mișcări trebuie să execute, asigurînd toate condițiile sub raportul organizării și desfășurării acțiunilor motrice propuse.

Stabilirea coordonatelor psihomotrice, raportate la orientarea spațială a copilului, îi oferă terapeutului posibilitatea de a acționa în consecință. În acest sens, cu copilul așezat în bancă, se stabilesc parametrii care ar putea intra în sfera de cunoaștere a deficientului mental, mai exact, unde este ușa și unde sînt ferestrele. Un model de exercițiu, în acest sens, ar fi următorul: terapeutul precizează că la dreapta

este ușa, iar la stînga sînt ferestrele și că atunci cînd va spune „dreapta” copilul să ridice mîna dinspre ușa, iar cînd spune „stînga” să ridice mîna dinspre ferestre. Se repetă acțiunea prin asocierea celor două repere: „dreapta-ușa și stînga-ferestre”. Se urmărește modul în care copilul răspunde la cele două comenzi. După ce a înțeles care este mîna dreaptă și care este mîna stîngă, se cere copilului să se plimbe prin sală; se dă comanda „dreapta-ușa”; deși copilul se află într-o poziție diferită, el trebuie să-și îndrepte corpul cu partea dreaptă spre ușa. În acest mod, se urmărește consolidarea noțiunilor de dreapta și stînga.

Atunci cînd terapeutul constată că noțiunea a fost însușită, se trece la organizarea acțiunii în mijlocul sălii, din poziția stînd. Se demonstrează copilului ce acțiune trebuie să execute la comanda „la dreapta săriți”, „la stînga săriți”. Dacă intervin dificultăți de percepere a comenzii, acțiunea este descompusă în doi timpi: mîna dreaptă sus, la dreapta săriți, mîna stîngă sus, la stînga săriți. Se cere apoi copilului să ridice brațul și piciorul drept în același timp, apoi brațul stîng și piciorul stîng. În cazul unor dificultăți, se cere copilului să ridice brațul drept în sus, apoi să-l așeze pe genunchiul de aceeași parte, făcîndu-i precizarea că brațul drept a fost așezat pe piciorul drept, iar brațul stîng a fost așezat pe piciorul stîng. Procedînd în acest fel, însușirea noțiunii de dreapta sau stînga, raportată la spațiu, este facilitată.

Un interes deosebit trebuie acordat asocierii unor exerciții simple, prin intermediul cărora copilul va trebui să înțeleagă mai bine și să-și fixeze noțiunile de dreapta și stînga. Exercițiile recomandate se efectuează din poziția stînd: se cere copilului să așeze mîna dreaptă pe cap, iar mîna stîngă pe șold; să ducă brațul drept în lateral, iar brațul stîng în sus; să ducă apoi brațul drept înainte și brațul stîng în lateral.

Asemenea exerciții se recomandă și pentru membrele inferioare, la început asociindu-le și cu mișcarea brațelor, care trebuie să fie executată în același plan cu cea al picioarelor. De această manieră, se asigură simetria mișcărilor, concomitent cu înțelegerea mai concretă a părții drepte și stîngi a corpului. Cîteva exemple: stînd, duce brațul drept în lateral, o dată cu deplasarea piciorului drept în lateral; duce brațul stîng în lateral, concomitent cu deplasarea piciorului stîng în lateral; se revine treptat la poziția inițială (brațul și piciorul drept, apoi brațul și piciorul stîng revin la poziția inițială).

Pentru a solicita selectiv membrele inferioare, acțiunile sînt orientate spre ameliorarea funcției de echilibru, alternînd sprijinul pe un picior și pe celălalt. Se urmărește pe ce picior a stat mai mult în echilibru. Atenția trebuie să fie îndreptată asupra stabilității corpului pe piciorul de echilibru.

### *Jocuri pentru ameliorarea funcției de echilibru în condiții statice și dinamice*

Un exercițiu folosit frecvent în acest scop este reprezentat de șotron, în varianta sa simplă, în care se plasează un cub de lemn sau din plastic la nivelul unui picior, solicitînd copilului să-l deplaseze prin sărituri pe un singur picior, pe o anumită distanță. Copilul trebuie să-și mențină echilibrul, prin balansarea brațelor în lateral. Se urmărește ca piciorul cu care începe acțiunea să o și termine. Nu se acceptă schimbarea picioarelor pe parcursul exercițiului. În același scop, sînt recomandate și exercițiile ce vor fi prezentate în continuare:



- stînd în fața unor trepte: se cere copilului să pășească pe fiecare treaptă, o dată cu bătaia din palme;
- stînd sprijinit cu palmele pe perete: se cere copilului să se ridice pe vîrfurile unui picior, iar pe celălalt să-l ridice flectat din genunchi pînă la nivelul mîinilor care asigură sprijinul;
- stînd: în fața copilului sînt plasate trei cercuri unul după altul; se cere să sară într-un picior din cerc în cerc;
- stînd: să lovească o minge care se află în fața sa; pentru început, i se solicită să lovească mingea cum știe el mai bine să facă această mișcare; după două, trei repetări, i se solicită să trimită mingea printr-o poartă mică plasată la 2-3 metri; se apreciază modul în care reușește să execute mișcarea, mai ales corelarea mișcării piciorului la precizia și forța de lovire;
- stînd: o minge plasată sub un scaun; se cere să deplaseze mingea cu un singur picior, fără a folosi brațele;
- decubit dorsal cu genunchii flexați: în fața picioarelor este plasată o minge medicinală de 3 kg; i se cere copilului să împingă cu un singur picior mingea spre terapeut;
- stînd, brațele pe lîngă corp: i se solicită să stea într-un picior, iar pe celălalt să-l ridice și să-l flecteze de la nivelul genunchiului;
- stînd: în fața copilului este plasat un coșuleț cu jucării, care are un singur mîner pe mijloc; i se cere copilului să ridice coșulețul cu laba unui picior pînă la nivelul mîinilor. Acest exercițiu pune în evidență abilitatea copilului de a manevra obiectele, nivelul echilibrului și siguranța în execuție. Este utilizat, cu precădere, către finalul programului de reeducare psihomotrică.

Treptat, terapeutul schimbă poziția inițială a copilului, cu scopul de a reuși, finalmente, să-i formeze o imagine constantă și sigură, potrivit căreia, indiferent de poziția pe care o are, partea dreaptă și cea stîngă a corpului sînt permanente aceleași.

Pentru a verifica modul în care a înțeles această sintagmă, dreapta-stînga, cît și pentru fixarea ei, i se cere copilului să ducă brațul drept, în lateral, făcînd un pas lateral dreapta; să ducă brațul stîng lateral, făcînd un pas lateral stînga, iar în final să coboare brațele pe lîngă corp, o dată cu apropierea treptată a picioarelor. Reușita acestui exercițiu, mai complex decît celelalte prezentate mai sus, este de natură să asigure condiții pentru a crește gradat nivelul de dificultate al exercițiilor.

Cînd se constată că mișcarea prezentată este corect executată, i se cere copilului să verbalizeze acțiunile pe care i le demonstrează terapeutul. I se oferă copilului o minge, pe care trebuie să o treacă dintr-o mînă în alta, verbalizînd în ce mînă se află mingea în acel moment.

O modalitate care întregește sistemul de pregătire pentru stabilirea noțiunii de lateral dreapta/stînga se realizează plasînd în fața copilului mai multe obiecte, pe care copilul le cunoaște și le folosește. Terapeutul îi solicită să demonstreze practic (să mimeze) la ce și cum se folosesc obiectele pe care i le va nominaliza: cana cu apă (copilul trebuie să o ridice și bea apă); cartea este jos (copilul trebuie s-o așeze pe masă); ușa este închisă (copilul o deschide); părul tău este zbîrlit (copilul se piaptănă); hîrtia trebuie tăiată în două (folosește foarfeca).

Pentru a-și forma o idee asupra lateralității preferențiale, terapeutul îi cere copilului să apuce obiectele cu mîna dreaptă și să îndeplinească o anumită acțiune în mod corect. I se cere apoi copilului să execute aceeași acțiune cu mîna stîngă. Se apreciază nivelul calitativ la care au fost executate acțiunile, cu o mîna, apoi cu cealaltă. În altă zi, cu altă ocazie, pe o masă goală, i se cere copilului să încerce să imite mișcările pe care le-ar fi executat atunci cînd erau obiectele pe masă. Este important de urmărit calitatea mișcărilor, modul în care execuția cu mîna minoră este apropiată de valoarea celei dominante și dacă reține poziționarea obiectelor. Acest procedeu de apreciere a nivelului lateralității nu trebuie să fie niciodată demonstrat sau schițat. Copilul trebuie să primească explicațiile necesare și să comenteze împreună cu terapeutul ceea ce i s-a cerut să facă: cum trebuie să ridice cana pentru a bea, ce trebuie să facă apoi cu cana, după ce a băut apa.

A. Lapiere (1976, p. 373) consideră că trebuie să se acționeze recurgînd la probe corespunzătoare vîrstei cronologice a copilului sau imediat inferioare. Dacă această probă este reușită, se apelează la vîrsta imediat superioară, pînă se ajunge la eșuarea probei. Dacă însă prima probă este eșuată, se coboară succesiv la vîrstele inferioare, pînă ce reușește o execuție corectă.

### *Organizarea activității în grup*

Se urmărește a se stabili modul în care copilul este stăpîn pe lateralitatea corporală, atunci cînd intră în relație cu alți copii de vîrsta lui. În acest scop, grupa este organizată, de obicei, pe două șiruri, iar terapeutul, plasat în fața șirurilor, solicită copiilor să ridice, spre exemplu, mîna dreaptă în sus pe lîngă cap. Același exercițiu se comandă și pentru mîna stîngă, alternativ, pînă la însușirea de către copil a tuturor elementelor ce jalonează lateralitatea corporală. Rezultate bune prezintă și exercițiul care plasează grupa pe două rînduri, față în față. Li se cere copiilor să ridice mîna dreaptă în sus. Fiind așezați față în față, este posibil să fie constatate și unele ezitări sau chiar greșeli, ce se explică prin tendința de a imita partenerul aflat în față sa. În aceste condiții, terapeutul apelează din nou la benzile albă și roșie, pentru a fixa mai bine care este mîna dreaptă și care este cea stîngă. Repetarea alternativă a acestui exercițiu este în măsură să elimine, finalmente, situațiile de ezitare remarcate inițial. Pe măsura progreselor realizate în direcția autocunoașterii lateralității spațio-corporale, se solicită copiilor să execute același exercițiu, dar cu ochii închiși.

### *Mișcările încrucișate*

Aceste mișcări, denumite încrucișate, au ca element de referință planul frontal, de o parte sau de alta a liniei mediane, denumite convențional dreapta sau stînga. Recunoașterea acestei realități se realizează pe parcursul creșterii și dezvoltării, ca un proces ce nu vine de la sine, ci trebuie exersat. Această educație a lateralității corporale implică și mișcările încrucișate, cîteva din multitudinea și complexitatea lor de exprimare fiind prezentate în continuare. Se recomandă copilului să atingă alternativ cu: mîna dreaptă – umărul stîng; mîna stîngă – bazinul în partea dreaptă; mîna dreaptă – urechea stîngă; mîna stîngă – cotul drept; mîna dreaptă – genunchiul stîng. Se repetă apoi mișcările și pe partea opusă. I se cere apoi să atingă, cu ambele



mâini, simultan, părți diferite ale corpului, spre exemplu: mîna dreaptă – umărul stîng; mîna stîngă – genunchiul drept.

Într-un stadiu mai avansat, se poate recurge la combinații de trei elemente: stînd pe piciorul drept, genunchiul stîng ridicat, atinge cu mîna dreaptă genunchiul stîng, iar cu mîna stîngă umărul drept; stînd cu genunchiul stîng sprijinit pe sol, piciorul drept în față, mîna dreaptă pe genunchiul drept, iar mîna stîngă pe umărul drept.

Stînd față în față cu terapeutul, se cere copilului să arate care este mîna dreaptă a terapeutului, care este piciorul stîng, urechea dreaptă, sau ochiul stîng; i se cere copilului să închidă ochii, după care terapeutul îi solicită să ridice mîna dreaptă, să ducă piciorul stîng în față; să așeze mîna stîngă pe urechea dreaptă; să ducă mîna dreaptă pe umărul stîng; să ducă mîna stîngă pe piciorul drept. După fiecare mișcare, copilul deschide ochii și privește poziția brațului și picioarelor sale, după care închide ochii pentru a primi următoarea comandă. Copiilor cu vârste între 5-7 ani acțiunile le sînt prezentate sub formă de joc; terapeutul, printr-un gest cu mîna, orientează privirea copiilor spre locul unde sînt plasate obiectele pe care le vor utiliza în verificarea lateralității corporale. În ideea de a le stimula inițiativa și interesul copiilor, terapeutul organizează în așa fel acțiunile încît aceștia să-și găsească singuri posibilitatea de a se juca cu aceste obiecte.

Pentru a stabili, în mod sigur, lateralitatea copilului, se va urmări și se va nota mîna cu care apucă și manevrează obiectul, pentru a realiza acțiunea propusă. De exemplu, copilul are de executat bobinajul (să înfășoare ața pe un mosor); apucă mosorul cu mîna stîngă, iar ața cu mîna dreaptă; normal, înfășurarea se execută cu mîna dreaptă, iar copilul o execută prin mișcarea mosorului, deci acțiunea este executată cu mîna stîngă. Se întîlnesc situații cînd copilul apucă materialul cu ambele mîini; în aceste condiții, este de notat mîna cu care va executa manevra. Se motivează acest mod de acționare bimanuală, ca pe o modalitate particulară de a pregăti acțiunea. În situația în care copilul acționează cu o singură mîna, se pune întrebarea dacă această mîna „izolată” nu este consecința unei tulburări.

De importanță majoră este și modul în care copilul implică în acțiune mîna minoră, cu rol de susținere în activitățile care solicită bimanualitatea, cum ar fi, spre exemplu, decupajul unor forme cu ajutorul unei foarfece. Mîinii minore îi revine și rolul de *sprijin* pentru a asigura stabilitatea unui obiect (foaia de hîrtie pentru scris), cît și de *asociere* la mișcărilor care solicită o forță mai mare în acțiune (ridicarea unei greutăți, tracțiune, împingere, etc)

O problemă pe care unii educatorii o întîlnesc, se referă la obligarea copilului de către părinți să folosească numai mîna dreaptă pentru îndeplinirea acțiunilor curente. Majoritatea copiilor au structural această înclinație pentru utilizarea mîinii drepte, toate desenele și gesturile care solicită o mai mare precizie în execuție sînt executate cu mîna dreaptă și totuși copilul face eforturi să acționeze și cu mîna stîngă. Variațiuni pe tema „abordării” scrisului de către copii sînt extrem de numeroase.

### **Promovarea ambidextriei**

Copilul de vîrstă preșcolară poate fi educat pentru a utiliza, cu bune rezultate, ambele mîini. Educarea ambidextriei poate fi realizată firesc, pe baza conținutului

programei analitice, însă numai insistând ca acțiunile să fie executate alternativ cu mîna dreaptă, apoi cu mîna stîngă.

Pentru a determina lateralitatea preferențială a mîinii (după M. Auzias, 1975, p. 24) i se solicită copilului să aprindă un chibrit; să treacă apă dintr-o cană în alta (transvazare); să picure cu pipeta; să înfigă un ac cu gămălie într-un dop de plută; să șteargă un pantof cu peria. Preferința manuală, dreapta sau stînga, va fi relevată de o manieră indubitabilă. Testarea se desfășoară la masa de lucru, unde este plasat obiectul ce urmează a fi manevrat. Copilul are ambele antebrățe sprijinite pe masă, cu palma în pronație (cu fața palmară pe masă). În dreptul palmelor, la distanță egală, este plasat obiectul (sau obiectele) pe care trebuie să-l manevreze pentru a realiza testul. Se urmărește, cu care mînă începe acțiunea, dacă cealaltă mînă a rămas sau nu în aceeași poziție pe masă; cu care mînă a apucat obiectul pentru a executa acțiunea și cu care mînă fixează obiectul asupra căruia se execută acțiunea.

Sînt situații în care copilul începe acțiunea principală cu mîna dreaptă, dar, după două-trei execuții, schimbă mîna. Pentru a avea o privire de ansamblu asupra lateralității, i se solicită copilului să execute aceleași acțiuni și cu cealaltă mînă. Preferința manuală și calitatea execuției vor parafa dacă este dreptaci sau stîngaci. Pe baza probelor care pun în valoare nivelul motric al segmentelor, se stabilește coeficientul de lateralitate Q.L. (M. Auzias, 1975, p. 85).

#### *Stabilirea lateralității copilului de vîrstă școlară mică*

Preferința laterală la această grupă de vîrstă vizează trei niveluri: dominantă manuală, dominantă oculară și dominantă podală (pentru care anume picior).

*Dominanta manuală* poate fi pusă în evidență utilizînd o largă baterie de teste ce include activități cotidiene: cules boabe de fasole și introdus într-un tub cu diametrul de 3 cm.; împărțit cărțile de joc; aruncarea unor mingi la un coș așezat pe sol 40/40 cm, la distanța de 4 m pentru 7-8 ani, 4,5 m pentru 8-9 ani, 5 m pentru 9-10 ani și 5,5 m pentru 10-11 ani. Testarea acestor deprinderi motrice se poate extinde și pentru aruncarea mingii de oină sau de tenis de cîmp la o țintă verticală la distanța de 3-4 m. Toate aceste probe se execută cu o mînă, apoi cu cealaltă mînă.

*Dominanta oculară:* pentru a determina această preferință, se folosește un tub cu diametrul de 4 cm, oferit copilului pentru a privi un tablou fixat la distanța de 2-3 m. Se urmăresc mîna cu care apucă tubul și ochiul la care îl duce, pentru a privi tabloul.

*Dominanta podală:* pentru a stabili preferința pentru un picior sau altul, se urmăresc ușurința, rapiditatea și precizia cu care copilul poate executa cu piciorul drept sau stîng o acțiune comandată: lovirea mingii pentru a atinge o țintă; conducerea mingii printre jaloane; sărituri ca mingea într-un picior; șotron, la început simplu, apoi cu deplasarea unui obiect; se urmăresc piciorul cu care începe acțiunea, corectitudinea acțiunilor executate cu piciorul drept sau stîng, rapiditatea și precizia în execuție.

Promovarea ambidextriei, sub toate cele trei forme ale ei, prezintă unele particularități legate de modul în care educatorul reușește să determine copilul să-și alterneze conștient mișcărilor: pe o mînă, apoi pe cealaltă.

Este esențial ca mișcărilor să fie bine înțelese de copil. În acest fel, el va fi în situația de a înțelege mai bine pentru ce se solicită ambele mîini; cum pot fi executate



mișcările cât mai corect; când poate să schimbe mișcarea de pe o mână pe alta; de ce nu poate executa mișcările la fel de bine cu ambele mâini; ce trebuie să facă pentru a reuși să execute aproape la fel de bine cu ambele mâini.

Terapeutul trebuie să orienteze în așa fel sistemul de acționare, încât copilul, treptat, să-și poată da singur răspuns la aceste întrebări. Analiza modului în care se pot clasifica copiii relevă, după o primă constatare, că în cauză intră mai multe grupe: grupa celor cu aptitudinea de a acționa cu mâna dreaptă; grupa celor cu aptitudinea de a acționa cu mâna stângă; grupa celor cu o evoluție incertă, în sensul că unele acțiuni sînt executate cu mâna dreaptă, iar altele cu mâna stângă; grupa celor care acționează cu mâna stângă, dar fără a putea fi incluși în grupa ambidextrilor; grupa ambidextrilor care, utilizează ambele mâini aproape la același nivel de eficiență (constatată de unii autori la o pondere de numai 4%).

În această problemă, atenția trebuie concentrată, în principal, asupra modului în care copiii preșcolari din grupa mare și, în continuare, cei din grupa pregătitoare manifestă aptitudinea de a utiliza ambele mâini pentru a trasa semnele grafice. Va trebui acordată o atenție deosebită copiilor care, deși cu înclinație pentru folosirea mîinii stîngi, au prezentat, în urma aplicării bateriei de teste, tendința de a utiliza, cu rezultate bune, ambele mâini. Promovarea ambidextriei, încă de la această grupă de vîrstă, trebuie considerată ca o necesitate.

Stabilirea raportului dintre copiii cu abilitate pentru mîna dreaptă și cei cu abilități pentru mîna stîngă ar trebui să devină o obligație prioritară, pentru cadrul didactic ce se ocupă de educația copiilor, în perioada de creștere și dezvoltare.

Învățămîntul preșcolar este acela care oferă cele mai bune condiții pentru a decela abilitățile pentru utilizarea mîinii drepte sau stîngi ori a ambelor mâini în efectuarea actelor motrice uzuale. În acest context, promovarea ambidextriei poate influența favorabil ușurința de a utiliza cu eficiență ambele mâini în efectuarea actelor motrice uzuale; obișnuința de a folosi cu preponderență mîna dreaptă sau stîngă în realizarea semnelor grafice; capacitatea de a se adapta la acțiunile care solicită alternativ mîinile în condițiile unor jocuri special organizate.

Studiul lateralității preferențiale, în ceea ce îi privește pe stîngaci, pune în discuție o problemă cu valențe acute, care se referă la aparatura din domeniul electronicii, proiectată pentru a fi utilizată numai de către dreptaci. Din acest punct de vedere, preocuparea de a-i determina pe copiii cu orientare spre mîna stîngă să acționeze cu aceeași ușurință, rapiditate și precizie și cu mîna dreaptă, iar dreptacilor să li se formeze deprinderea de a apuca, folosi și manevra obiectele și cu mîna stîngă, ar trebui considerată ca o cerință a societății contemporane. Această orientare va fi de natură să-i pregătească pe copii, dacă năzuințele lor vor fi îndreptate spre activitatea sportivă de performanță, să poată obține rezultate mai bune, avînd la dispoziție ambele mâini sau ambele picioare. O atenție deosebită va trebui acordată lateralității vizuale, care se pare că este în relație și cu lateralitatea normală. Se poate vorbi despre o stîngăcie puternică, în condițiile în care copilul execută majoritatea activităților cu mîna stîngă, după cum se poate vorbi și despre o stîngăcie slabă, în condițiile în care copilul nu are o preferință certă a prizelor sale. În aceste condiții, se poate trage concluzia că, atunci cînd acesta execută relativ alternativ, cînd cu o mîna, cînd cu cealaltă o anumită mișcare, este în discuție un copil cu o lateralitate variabilă, iar dacă

se asociază și lateralitatea vizuală, se poate face afirmația că încă nu este stabilită precis lateralitatea dar că evoluează latent spre ambidextrie.

Dacă, pe parcursul desfășurării bateriei de teste, copilul, în mod conștient sau accidental, apucă obiectul cu mâna stângă, putem afirma că este o lateralitate slabă (sau întâmplătoare). Trebuie făcută precizarea că, pentru un dreptaci, această formă de lateralitate nu trebuie să fie constatată la mai mult de 2-3 manevre cu mâna stângă.

### **Lateralitatea vizuală și grafică**

Analiza probelor efectuate relevă modul în care este utilizată priza pentru manevrarea obiectelor. În acest sens, prizele se clasifică în: bidigitale, tridigitale și polidigitale (globale). Priza tridigitală este strâns legată de grafism, motiv pentru care trebuie urmărită mai ales sub raportul corectitudinii cu care se execută această acțiune. Trebuie însă admisă și realitatea că această priză are, la rîndul ei, o gamă suficient de largă de prezentare. Analiza poziției degetelor în timpul menținerii instrumentului de scris relevă faptul că policele poate fi în semiflexie, întins sau în extensie ușoară; indexul poate fi cu falangele în semiflexie, cu falanga mijlocie și distală în extensie, iar falanga proximală în flexie; medianul poate fi în extensie, cu cele trei falange, sau în semiflexie, cînd instrumentul de scris se sprijină pe falanga distală pe partea sa laterală sau pe fața palmară. Se întâlnește o particularitate în menținerea instrumentului, cînd acesta este plasat între index și median, iar policele are rolul de a-l susține.

În exprimarea grafică a literelor, este de urmărit modul în care mâna dominantă asigură manevrarea instrumentului de scris. În această privință, priza asigură stabilitatea instrumentului între cele trei degete; sprijinul mîinii pe suprafața ce urmează să fie aplicate semnele grafice; controlul conștient al mișcărilor fine ale mîinii, pentru a executa, cît mai corect semnele grafice.

Există o predispoziție genetică pentru utilizarea uneia sau alteia dintre mîini. Este însă demonstrată (cercetările o confirmă) marea plasticitate a scoarței cerebrale la vîrste între 3 și 6 ani. Acceptînd aceste realități, educarea ambidextriei revine, în mare parte, și educatorilor, iar activitățile prevăzute în acest scop să nu fie facultative, ci parte componentă a programei de învățămînt.

După Seifert (citată de R. Manno, 1993, p. 163), partea corporală utilizată preponderent este produsul unei adaptări la mediu, care rezultă dintr-o practică unilaterală timpurie, la care, după părerea autorilor, nu poate fi exclus, sub nici o formă, bagajul genetic.

S-a demonstrat că antrenamentul unui singur braț produce, de asemenea, o ameliorare a celuilalt braț și că, antrenînd ambele părți, se obțin rezultate mai bune decît dacă se limitează antrenarea la un singur braț.

S-a demonstrat că pînă la vîrsta de 7 ani precizia mișcării este oarecum egală pentru ambele brațe, dar că precizia părții dominante crește o dată cu vîrsta și se conturează definitiv pe parcursul profesionalizării.

### **Educarea mîinii și degetelor**

Mîna este un organ perceptiv-motor esențial al speciei umane, organ a cărui arie de comandă ocupă în emisferile cerebrale un loc preponderent, ceea ce impune să i se acorde o atenție mai deosebit pe planul educației psihomotrice. Motricitatea manuală



trebuie privită sub raportul relației sale cu schema corporală. Analiza mișcărilor mâinii trebuie realizată de la nivelul cotului, întrucât majoritatea mușchilor motorii ai degetelor sînt inserați pe antebraț, iar mișcările de prehensiune sînt coordonate de la acest nivel.

Atenția terapeutului, în cadrul procesului de reeducare psihomotrică, trebuie să fie orientată și spre promovarea modalităților de acționare independentă a mâinilor și degetelor, decisivă pentru asigurarea coordonării mișcărilor, în special a celor de opoziție a policelui și dexteritate manuală în gesturile complexe.

Utilizînd mijloacele de reeducare a mâinii și degetelor, terapeutul va ține cont și de faptul că sistemul de mijloace selecționat trebuie raportat la capacitatea de înțelegere și de exprimare motrică a copilului, asigurînd poziția inițială din care acesta trebuie să înceapă exercițiul, chiar dacă va fi ajutat în acest sens; priza folosită de copil pentru a apuca obiectul cu care va acționa, direcția și sensul în care trebuie executată mișcarea, precum și modul în care trebuie să finalizeze acțiunea respectivă, vor fi în prealabil exersate; dificultatea exercițiilor va fi în raport cu capacitatea de adaptare la solicitări a copilului.

### *Educarea prehensiunii*

Prehensiunea este o deprindere motrică naturală, cu care copilul se naște și care înscrie o evoluție extrem de complexă, pe întreg parcursul procesului de creștere și dezvoltare. După vîrsta de 7-8 ani, educarea mâinii și degetelor, prin intermediul unor exerciții ce au o adresabilitate precisă pentru prehensiune, este de bun augur, în condițiile în care se urmărește dobîndirea preciziei și armoniei mișcărilor.

Educarea prehensiunii este un obiectiv subordonat perfecționării mișcărilor mâinii în vederea însușirii unor abilități normale, necesare în activitățile cotidiene. Ceea ce interesează cel mai mult în procesul de prehensiune, privește, în principal, formarea și dezvoltarea capacității de a executa mișcările de opozabilitate dintre police și celelalte degete ale mâinii.

Pentru efectuarea prizei, se recurge la poziții din așezat, cu coatele sprijinite pe masă, antebrațele în flexie, palmele apropiate. Se consideră că din această poziție devine accesibilă toată gama de mișcări ce permit abducția și adducția degetelor, la limitele lor extreme. Asemenea exerciții pot fi realizate și din poziția de stînd la marginea unei mese, cu palmele în pronație aplicate pe suprafața mesei, în intenția de a asigura o mobilizare laterală a degetelor cît mai amplă.

Pentru asigurarea suportului kinestezic al mișcărilor, se recurge la rularea palmelor pe un bastonaș înainte și înapoi, exercițiu ce contribuie la formarea senzațiilor de mișcare la nivelul palmelor. Procesul de reeducare a prehensiunii parcurge trei etape: în prima etapă se exersează apucarea obiectului prin cuprinderea nediferențiată a degetelor (priză globală); în cea de-a doua se practică apucarea obiectelor, prin opozabilitatea policelui cu toate cele patru degete, iar în cea de-a treia, apucarea obiectelor prin opozabilitatea diferențiată dintre police și fiecare dintre degete, în parte.

Aceste tipuri de apucare și manevrare sînt în funcție de forma, volumul și greutatea obiectului, iar conceperea acestor exerciții rămîne la latitudinea terapeutului.

### Abilitățile manuale

Dobîndirea abilităților manuale de către copilul cu tulburări psihomotrice are ca obiectiv prioritar funcționalitatea mîinilor, ce constă în ușurința, precizia, rapiditatea și eficiența gesturilor motrice cu care copilul angajează mîinile în mișcare. Modul deficitar în care aceste cerințe sînt sau nu îndeplinite se caracterizează prin lipsă de coordonare, lentoare în mișcarea mîinilor și a degetelor, incapacitatea de a asocia mișcarea obiectelor cu cea a mîinilor, dificultate în asocierea privirii cu mișcarea mîinilor și a degetelor, neînțelegerea unor acțiuni motrice solicitate de terapeut și altele.

În aceste condiții, procesul de reeducare psihomotrică trebuie să fie direcționat spre realizarea următoarelor obiective:

- să se acționeze prin intermediul celor mai simple gesturi motrice pe care copilul le execută în mod curent: igiena personală, servirea mesei, echipare și dezechipare etc.;
- se urmărește efectuarea corectă a gesturilor motrice executate cu mîna dominantă, apoi cu cea minoră; se execută apucarea, manevrarea și plasarea obiectelor de la cele mai ușoare pînă la cele mai grele;
- apucarea obiectelor să se execute în funcție de forma și greutatea lor;
- copilul să-și adapteze poziția corpului și membrilor superioare pentru a reuși să efectueze apucarea și manevrarea cît mai corecte și eficiente.
- să se urmărească, foarte atent, ca educarea abilităților manuale să fie efectuată în condiții standard, dar, treptat, și într-o varietate progresivă de situații;
- timpul afectat educării abilităților manuale să fie judicios stabilit, pentru a evita starea de oboseală și de accentuare a dificultăților;
- este preferabil, ca acțiunile să fie repetate de două sau trei ori pe zi, decît să se acționeze pe fond de oboseală;
- obiectele cu ajutorul cărora se realizează educarea abilităților manuale nu trebuie să pună în pericol integritatea corporală a copilului;
- în funcție de nivelul tulburării psihomotrice, să fie selecționate acele gesturi care să-i ofere posibilitatea de profesionalizare.

### *Educarea abilităților manuale*

Înscușinta de a apuca și manevra obiectele poate fi educată prin angrenarea mîinilor în acțiuni metodic organizate, care să fie efectuate prin mînuirea bastonașelor (tuburi din plastic de culori diferite) cu dimensiunile de 2,5-10 cm în diametru și cu lungimea de 25-50 cm, bastoane de gimnastică, dar și prin intermediul mingilor inflexibile (de oină sau medicinale), a bilelor de diferite dimensiuni, a mingilor elastice (tenis de cîmp și de masă, handbal, volei, baschet) și a baloanelor. Abilitățile manuale sînt puse în valoare și prin mînuirea de către copil a jucăriilor, păpușilor, dar și a obiectelor casnice cu care vine în contact.

### *Mînuirea bastonașului:*

- din stînd, apucă bastonașul între police și index, apoi medianul, inelarul și auricularul; se revine la poziția inițială; acțiunea este executată cu mîna dreaptă, apoi cu stînga; după un număr de repetări, cînd se constată ușurință în execuție, se poate executa acțiunea simultan cu ambele mîini;



- bastonașul ținut de la un capăt în mână, prin mișcarea degetelor să se execute deplasarea bastonașului de la un capăt spre celălalt, de câteva ori; se execută cu o mână, apoi cu cealaltă;
- bastonașul menținut în palmă la orizontală, prin mișcarea degetelor să se execute răsucirea bastonașului într-un sens și în celălalt; mișcarea este executată de police și degetele II-V, auricularul asigură mișcarea de răsucire;
- bastonașul menținut în palmă, în echilibru; este aruncat și prins cu aceeași mână; se trece la aruncarea cu mîna dreaptă și prinderea în mîna stîngă;
- bastonașul ținut între palmele celor două mîini; prin mișcarea de alunecare a palmelor, una peste alta, bastonașul va fi rotit, urmărindu-se ridicarea și coborîrea lui de la un capăt la celălalt; degetele vor fi menținute în extensie, coatele flectate.

*Mînuirea bastonului.* Utilizarea bastonului în procesul de reeducare psihomotrică impune ca terapeutul să-i explice copilului poziția inițială din care începe exercițiul, tipul de priză prin care poate acționa, direcția și sensul mișcărilor pe care trebuie să le execute, unele indicații metodice privind modul în care poate utiliza acest instrument;

- stînd, brațele întinse înainte, bastonul apucat de la capete, deplasarea alternativă a mîinilor spre mijlocul bastonului, revenire la poziția inițială;
- stînd depărtat, brațele flectate la nivelul coatelor, bastonul apucat de jos cu ambele mîini de la mijloc, ușoară aruncare a bastonului în sus și prinderea lui pe dosul palmelor;
- stînd depărtat, bastonul la orizontală, apucat cu o mîna de la mijloc: aruncarea și prinderea bastonului dintr-o mîna în alta;
- stînd depărtat, brațele întinse înainte, bastonul la orizontală, apucat cu mîna în pronație: trecerea rapidă a bastonului dintr-o mîna în cealaltă (cernutul); același exercițiu, numai că bastonul este menținut pe verticală, apucat de mijloc, aruncarea se execută la nivelul pieptului;
- stînd depărtat, bastonul apucat de capăt cu mîna dreaptă: balansarea brațelor în lateral cu schimbarea bastonului dintr-o mîna în alta, în față și în spate;
- stînd depărtat, brațul drept în lateral cu bastonul apucat de capăt: rotarea din articulația pumnului cu deplasarea bastonului în sus, apucarea bastonului cu mîna stîngă și continuarea rotării bastonului, deplasarea bastonului prin rotare în lateral, apoi în față, unde se face schimbul cu celălalt braț;
- stînd, bastonul ținut în echilibru pe palmă: se execută un pas înainte, un pas înapoi, un pas spre dreapta, un pas spre stînga, se flectează ușor genunchii și se revine în poziția inițială.

*Mînuirea mingii medicinale.* Mînea medicinală<sup>†</sup> poate fi utilizată cu bune rezultate și în procesul de reeducare psihomotrică. Este motivată această orientare prin

\* Notă: apucarea bastonului poate fi efectuată astfel: cu ambele mîini de sus (mîinile în pronație), cu ambele mîini de jos (mîinile în supinație), apucare mixtă (o mîna de sus, cealaltă de jos).

<sup>†</sup> În condițiile în care nu dispune de mingi medicinale de 0,5-2 kg, terapeutul poate confecționa una dintr-o minge de handbal sau volei mai veche, care poate fi umplută cu diferite deșeuri textile pînă la greutatea corespunzătoare.

faptul că oferă posibilitatea de educare a manualității; de utilizare a exercițiilor de dezvoltare fizică generală; contribuind la dezvoltarea echilibrului și la consolidarea unor deprinderi motrice de bază.

Marea varietate a exercițiilor cu mingea medicinală obligă terapeutul să acorde o mare importanță părților corpului ce vor fi implicate în acțiune; modalităților de efectuare a acțiunilor vor fi individuale, în doi sau în grup (în cadrul parcursurilor aplicative). Obiectivul principal ce determină utilizarea acestui obiect este legat de obișnuirea copilului cu o priză cât mai corectă pe minge; gradul de dificultate al acțiunilor va fi raportat la nivelul de pregătire al copilului.

Pentru țelul pe care îl urmărește, terapeutul trebuie să observe atenția pe care copilul o acordă modului de manevrare a mingii: dacă pentru a prinde mingea întinde brațele; dacă după ce a intrat în posesia ei amortizează șocul prin flectarea brațelor; dacă evită să oprească mingea pe piept.

Terapeutul are datoria să alterneze efortul cu odihna. Efortul depus de copil, atunci când se utilizează mingea medicinală, poate fi reglat prin schimbarea pozițiilor inițiale; modificarea gradată a greutății mingilor; creșterea treptată a numărului de repetări; trecere de la executarea individuală la executarea cu partener, iar mai apoi la executarea acțiunilor în grup.

#### Exerciții cu mingea medicinală:

- stînd, cu picioarele depărtate, mingea ținută cu ambele mîini în dreptul bazinului; i se cere copilului să miște mingea între palme: înainte, înapoi, sus, jos, să o treacă pe o mînă, apoi pe cealaltă;
- stînd depărtat, mingea ținută cu ambele mîini în fața coapselor: ridicarea brațelor la orizontală, la verticală, în ușoară extensie, revenire la poziția inițială;
- stînd depărtat, mingea ținută cu ambele mîini în fața coapselor: ridicarea mingii înainte la orizontală și trecerea ei pe un singur braț, fiind sprijinită pe palmă; celălalt braț este menținut deasupra mingii, pe care o atinge doar cu vîrfurile degetelor; la revenirea în poziția inițială, acționează ambele mîini; se execută aceleași exerciții și cu cealaltă mînă;
- stînd depărtat, mingea ținută cu ambele mîini în dreptul pieptului: întinderea brațelor înainte la orizontală, revenire, întinderea brațelor în sus deasupra capului, revenire la poziția inițială;
- stînd depărtat, mingea ținută cu ambele mîini în dreptul pieptului: trecerea mingii în palma dreaptă, întinderea brațului la verticală și revenire la poziția inițială; se execută aceleași acțiuni și cu celălalt braț;
- stînd depărtat, coatele flectate, mingea susținută pe palme, în fața corpului: prin flectarea bruscă a mîinilor, aruncarea mingii în sus și prinderea ei; se execută aceleași exerciții, numai că aruncarea mingii se execută prin flectarea bruscă a antebrațelor, iar prinderea prin poziționarea palmelor în funcție de căderea mingii;
- stînd, antebrațele flectate, mingea sprijinită pe palme: îndoirea genunchilor, urmată de întinderea lor, o dată cu ducerea brațelor prin înainte în sus și lansarea mingii; în cădere, mingea este prinsă, iar amortizarea se face prin flectarea genunchilor și apropierea brațelor de bazin;



- se flectează picioarele ținând mingea la nivelul bazinului; se extind picioarele și se duc brațele spre înainte fără a lansa mingea; se lansează mingea numai prin acțiunea brațelor; se prinde mingea, urmată de flectarea lentă a picioarelor;
- stînd depărtat, mingea sprijinită pe palmă deasupra umărului, brațul fiind flectat la nivelul cotului: întinderea brațului și lansarea mingii spre mîna cealaltă pe deasupra capului; se repetă acțiunea și cu celălalt braț;
- cîte doi față în față, stînd depărtat, un partener are o minge medicinală ținută la nivelul coapselor: prin balansarea brațelor spre înainte lansează mingea către partener; partenerul, la un interval de 1 m, stînd depărtat, cu brațele întinse oblic înainte, așteaptă să preia mingea; la contactul cu mingea, flectează ușor brațele de la nivelul coatelor pentru a amortiza șocul; acest exercițiu se execută în următoarele secvențe: partenerii sînt plasați față în față la interval de 0,5 m; mingea este transmisă din mîna în mîna; se execută deplasarea cu o lungime de talpă de către ambii parteneri (mingea trebuie să descrie o mică traiectorie); treptat, se mărește intervalul, pînă ce partenerii reușesc să execute exercițiul cît mai corect.

*Mînuirea mingilor elastice.* Se oferă o minge unui copil cu tulburări psihomotrice și se observă o schimbare în comportamentul lui. Se observă că, deși nu are îndemînarea necesară pentru a o mînuî, el o va rostogoli, o va arunca, o va face să sară lovind mingea cu piciorul sau cu mîna, o va ridica și va găsi o modalitate de a se bucura că are o minge. Se încearcă a-l ajuta ca bucuria lui să fie deplină prin organizarea modului în care, intrînd în posesia mingii, să știe cum o poate folosi, iar efectul acțiunilor sale să-i ofere satisfacții depline.

Spre deosebire de celelalte aparate, mingea elastică oferă copilului posibilitatea de a acționa liber. Jocul cu mingea este o cale prin care terapeutul reușește să angreneze în mișcare un copil cu tulburări psihomotrice. Importante în acest context sînt modalitățile de acționare pentru a-l atrage pe copil spre aceste forme de organizare, prin care să se realizeze obiectivele procesului de reeducare psihomotrică.

Atenția terapeutului trebuie să fie orientată asupra modalităților de armonizare a jocului cu comportamentele de bază ale psihomotricității. Copilul cu tulburări psihomotrice trebuie ajutat mai mult, ca să se obișnuiască cu folosirea mingii în scopuri educative. Se va urmări ce poate face cu acest obiect, cît de calm sau agitat este, dacă folosește mîinile sau picioarele, care sînt manifestările sale generale.

#### *Formarea obișnuinței de manevrare a mingii elastice*

- se oferă o minge pe care copilul o cuprinde cu ambele mîini și pe care o mișcă în toate direcțiile și sensurile: sus, jos, înainte, înapoi, la dreapta, la stînga;
- cuprinde mingea cu ambele mîini, o trece dintr-o mîna în alta, trece mingea într-o mîna pe care o deplasează în toate direcțiile; execută aceleași acțiuni și cu mîna cealaltă;
- se trece mingea dintr-o mîna în alta, depărtînd ușor mîinile, în acest fel intervenind o fază de zbor a mingii; treptat, mingea este aruncată în sus pentru a fi prinsă în mîna cealaltă, în cădere;
- din așezat cu picioarele depărtate, terapeutul rostogolește mingea: copilul oprește rostogolirea cu ambele mîini (palmele în pronație și în extensie, degetele în

- abducție), o cuprinde și o ridică deasupra capului, de unde o aruncă spre terapeut; acțiunea se repetă din poziția stînd ghemuit și din stînd; aceeași acțiune este executată aruncînd mingea spre un perete; i se cere copilului să arunce mingea în sus și să o prindă cu ambele mîini; duce mingea în sus cu ambele mîini pînă la nivelul capului, o lasă să cadă, cînd atinge solul și ricoșează, să încerce să o prindă cu ambele mîini;
- mingea ținută cu ambele mîini din lateral este împinsă spre sol, cînd revine, să încerce să o cuprindă cu ambele mîini;
  - din stînd depărtat, antebrățele flectate, mingea ținută pe palme, aruncarea mingii în sus și prinderea ei în căușul palmelor; la început, lansarea este mai mult o ușoară flexie a palmelor pentru ca, treptat, să se acționeze și de la nivelul antebrățelor;
  - din stînd, aruncă mingea cu ambele mîini spre sol, în fața picioarelor, după ce mingea revine și depășește nivelul mîinilor, în cădere, să o prindă cu ambele mîini, avînd palmele în supinație (în sus); după ce este obișnuit copilul cu acest procedeu de prindere a mingii, se trece la prinderea mingii avînd palmele orientate în pronație (în jos) atunci cînd mingea este în ridicare;
  - se exersează acest procedeu de prindere a mingii din poziția stînd ca, după un timp, să fie executat și din mers; în etapa următoare, copilul este pus în situația de a exersa aruncarea și prinderea mingii pe un perete; stînd depărtat la distanța de 0,5 m de un perete, antebrățele flectate, mingea ținută în mîini la nivelul pieptului, se execută aruncarea și prinderea mingii; pe măsură ce copilul se obișnuiește cu acțiunea de aruncare și prindere, distanța dintre acesta și perete crește treptat; pentru a mări gradul de dificultate al acțiunilor, pe peretele pe care se exersează aruncarea și prinderea mingii vor fi plasate diferite forme geometrice (cerc, pătrat, triunghi etc.) în care copilul trebuie să arunce și să prindă mingea, ceea ce îl va determina să acționeze cît mai corect pentru a îndeplini obiectivul propus; este de înțeles că această modalitate poate fi folosită numai după ce copilul reușește să stăpînească acțiunile pe care le execută, ceea ce pune în valoare capacitatea sa de coordonare ocularo-manuală.
  - obișnuința cu aruncarea și prinderea cu ambele mîini oferă condiții pentru a trece la executarea mînuirii mingii cu o singură mînă; acțiunea parcurge aceleași trepte metodice: din poziția așezat cu picioarele depărtate, ridicarea mingii în palmă pînă la nivelul umerilor, aruncarea mingii și prinderea ei pe palmă; treptat, se trece și prin celelalte etape, pînă se ajunge la poziția stînd, cînd mingea va fi condusă cu o singură mînă.

Exersarea mînuirii va fi realizată cu mingi din material plastic, colorate. Pe măsură ce copilul se obișnuiește și reușește să execute conducerea mingii fără a face prea multe greșeli, se poate trece la mingile de volei, handbal sau baschet.



## STRUCTURA SPAȚIALĂ

În perioada de creștere și dezvoltare, copilul dobândește, treptat, componentele de bază ale psihomotricității, într-o manieră de strînsă intercondiționare. În același timp, copilul trebuie să dobîndească, să stăpînească și să diferențieze și eul său corporal de lumea exterioară, pentru a fi în măsură să cuprindă în interiorul spațiului intern schema sa corporală. Perceperea propriului corp asigură copilului și premisele necesare, care îi vor permite să remarce și să înțeleagă spațiul exterior, prin intermediul extero- și propriocepției.

Percepția spațiului este, de fapt, un proces mental, care se bazează pe reținerea experiențelor pe care copilul le-a trăit și pe care se bazează în acțiunile sale curente. Copilul pornește de la constatarea potrivit căreia obiectul care este situat la o oarecare distanță și plasat într-o oarecare direcție poate fi apucat și manevrat, întrucît experiența pe care a acumulat-o, prin intermediul percepției vizuale și a celor proprioceptive, îi oferă condiții optime de a realiza gestul motric pe care și l-a propus (G.B. Soubiran, 1975, p. 221).

Percepția vizuală îi oferă copilului posibilitatea de a aprecia și poziția obiectelor în raport cu eul său corporal, fapt ce-i permite să înțeleagă noțiunile de distanță și de orientare a obiectelor în spațiu.

Percepția spațiului, la rîndul ei, are ca punct de plecare percepția propriului corp, realizată exteroceptiv, prin vizualizarea obiectului, și proprioceptiv, prin intermediul gesturilor pe care le efectuează pentru a intra în posesia obiectului (A Lapi  re, 1976, p. 429).

Percepțiile spațiale nu pot fi așadar dissociate de cele temporale, fapt evidențiat în condițiile percepției propriilor mișcări, dar și a obiectelor care se mișcă în spațiu.

Percepția propriilor mișcări îi permite copilului să aprecieze modul în care segmentele sale, precum și corpul în ansamblul său se mișcă în raport cu spațiul în care trăiește. Brațele și m  inile sînt segmentele ce au capacitatea de a se mișca cu mai multă siguranță și precizie, comparativ cu trunchiul,   ntruc  t sînt sub un permanent control vizual. Copilul, în evoluția sa ontogenetică, este într-o relație permanentă cu spațiul în care trăiește, prin intermediul brațelor și m  inilor, dar și al corpului și picioarelor. De fapt, acțiunile brațelor și m  inilor sînt și primele segmente, prin care se exprimă motricitatea.

Formarea conduitelor și structurilor spațiale are ca punct de referință afirmația lui A. Lapi  re (1976, p. 331): „structura spațială nu se învăță, ea se descoperă”.

Educarea sau reeducarea psihomotrică trebuie să se bazeze, în principal, pe înțelegerea de către copil a acțiunii ce urmează a fi însușită. Copilul trebuie să fie pus

în situația de a asculta, pricepe, reține (memora), și reda (executa) conținutul noțiunii pe care educatorul sau terapeutul o prezintă.

Procesul de educare sau reeducare psihomotrică nu poate fi conceput fără o prealabilă percepere, de către copil a jocului culorilor și sunetelor.

### Culorile

Este nu numai o necesitate, ci o datorie de a oferi copilului posibilitatea de a percepe culorile, în funcție de implicațiile lor neuro-psihice. Efectele psihologice ale culorilor se regăsesc în reducerea oboselii, crearea unei atmosfere cromatice plăcute, atenuarea senzației de clausturare, stimularea preocupărilor intelectuale (roșu), efecte emotive (portocaliu), vizuale (galben), rol calmant, crearea de bună dispoziție, efecte reconfortante pentru sistemul nervos și activitatea cerebrală. În procesul de educare sau reeducare psihomotrică, privită din acest unghi, sînt recomandate culorile care influențează benefic activitățile profesionale. Este cunoscut faptul că, atunci cînd sînt utilizate obiecte cu culori închise, acestea determină efecte depresive, în timp ce culorile deschise au efecte stimulatoare, tonice, dar și odihnitoare sau de relaxare.

Trebuie să i se ofere copilului o paletă de culori, într-o mare varietate de forme și dimensiuni, în cazul obiectelor, cum ar fi jucăriile viu colorate, mingile de diferite mărimi și culori, pentru a fi apucate și manevrate cu ambele mîini sau cu o singură mînă; piese din lemn sau plastic de diferite forme geometrice.

Perceperea culorilor de către copil, prin intermediul unor obiecte colorate cît și prin realizarea unor desene, pe care să le coloreze, impune urmărirea atentă a modului în care acesta răspunde la solicitări, în cauză fiind capacitatea sa de a acționa prin intermediul mîinilor, pentru a utiliza instrumentele de lucru – creion, cretă, pensulă – sau degetele pentru modelaj; înțelegerea structurii și formei obiectelor, pe care trebuie să le redea prin desen, și a modului în care pot fi colorate; capacitatea de a recunoaște culorile, de a ști să le aleagă în funcție de temă, dar și de modul în care trebuie să le combine, pentru a realiza imagini coerente, care să prezinte armonie și luminozitate; discernămînt în alegerea culorilor (acuarelă, tempera, guașă), în funcție de materialul pe care trebuie să-l aplice; posibilitatea de a colora unele suprafețe în două culori, respectînd liniile care delimitează suprafețele, direcțiile și grosimile liniilor, cît și alternarea culorilor, pentru a obține o imagine colorată și corect reprodusă; maniera de a organiza spațiul de lucru în funcție de poziția imaginii pe care trebuie să o redea, de mărimea imaginii, de dimensiunile diferitelor componente ale imaginii; adoptarea unei poziții ergonomice, care să faciliteze accesul la planșeta de desen și la materialele ce urmează a fi utilizate pentru desen, pictură sau modelaj.

Poziția corectă a corpului este o condiție esențială pentru o bună coordonare oculo-manuală, asigurînd menținerea constantă a distanței dintre ochi și suprafața de lucru.

### Sunetele

Sunetele constituie un stimul cu mare încărcătură afectivă, care acționează pe sistemul cu o mare încărcătură afectogenă care acționează pe sistemul activizator, la nivelul releului cortico-subcortical. Sunetul, ca și muzica, în general sînt acceptate fără o prealabilă filtrare la nivel cognitiv, ci numai la nivel afectiv: place sau nu place (C.



Păunescu-Mușu, 1990, p. 255). Percepția sunetelor se regăsește în temelia pe care se clădește „memoria auditivă”. De fapt, sunetele sînt cel mai bun mijloc de a asigura relația copilului cu mediul în care trăiește.

Pornind de la glasul mamei pe care, destul de timpuriu, îl recunoaște și pînă la întreaga gamă de sunete (zgomote) pe care le percepe, copilul dobîndește, treptat, capacitatea de adaptare la mediul înconjurător.

Perceperea sunetelor de către copil vizează următoarele aspecte: dezvoltarea capacității de a recepționa și înțelege semnificația sunetelor emise de corzile vocale proprii sau ale altor persoane; formarea deprinderii de a recepționa sunetele, de a le identifica și diferenția; educarea deprinderii de a pronunța cît mai corect cuvintele; antrenarea funcției respiratorii pentru a reuși să îndeplinească următoarele obiective: dezvoltarea armonioasă a musculaturii toraco-abdominale în tandem cu participarea diafragmatică, ca factori activi ai respirației; creșterea treptată a capacității respiratorii cu preocupare pentru volumele de aer complementar și aerul curent (inspirator și expirator de rezervă); dobîndirea unui potențial ridicat de dirijare corectă a respirației, exprimată prin concordanța deplină între expirație și inspirație; educarea metodică a inspirației nazale, pentru a fi executată cu ușurință și eficiență.

În procesul de educare sau reeducare psihomotrică trebuie să se asigure condiții optime pentru cultivarea percepției de către copil a sunetelor, acestea avînd rolul de a contribui la „formarea urechii”, la dezvoltarea atenției, a memoriei auditive, a receptivității și sensibilității muzicale.

Apelînd la sunetele muzicale, la muzică, terapeutul urmărește să educe vioiciunea, promptitudinea reacției corporale și manifestările spontane ale trăirilor sale psihice. Ascultînd muzica, copilul are reacții corporale, manifestate prin mișcări, pe care încearcă să le adapteze ritmului impus de structura compoziției muzicale. Terapeutul, la rîndul său, urmărește să-l obișnuiască pe copil să se exprime într-o gamă cît mai variată de forme de mișcare a corpului și segmentelor sale, pornind de la mers cadentat, alergare sau ușoare sărituri pe loc, în strict acord cu ritmul impus de cerințele frazei muzicale sau prin sunete ritmate. Ascultînd muzica ritmică, copilul este tentat să exploreze posibilitățile sale de mișcare, prin execuția unor gesturi armonice, care să fie în strictă concordanță cu ritmul impus de muzică.

Orientarea procesului de educare și reeducare psihomotrică pentru perceperea sunetelor, indiferent de forma lor de manifestare, este cea care se află la originea memoriei auditive, care, la rîndul ei, asigură integrarea copilului în structurarea timpului parcurs, precum și în activitatea de însușire a deprinderilor legate de dobîndirea scrisului și a lecturii (Pick-Vayer, 1968, p. 118).

În acest cadru conceptual, organizarea activității educative sau reeducative trebuie să fie orientată spre: formarea și dezvoltarea capacității de a percepe și recunoaște timbrul sunetelor produse de diferite surse sonore: clopoțel, fluier, vioară, tobă, cheia în ușa, lovirea cu un bețigaș a unui pahar, farfurie, capac de oală etc.; formarea deprinderii de a pronunța corect, clar și expresiv cuvintele dintr-un cîntec; educarea deprinderii de a percepe, recunoaște și reproduce prin intonații însușirile sunetului (înălțime, durată, intensitate și timbru); perceperea diferitelor sunete și adaptarea mișcărilor, în funcție de ritmul impus; orientarea spațială, în condițiile lipsei

de control vizual, în funcție de locul de unde provine sursa sonoră; formarea deprinderii de a imita timbrul sunetelor, în funcție de sursa sonoră care le produce.

Achiziția de către copil a conceptelor de culoare și sunet facilitează înțelegerea și dobândirea abilităților perceptiv-motrice privitoare la spațiu și timp.

### *Conduitele și structurile spațiale*

Spațiul este perceput pe plan mental, urmare a observării de către copil a faptului că unele obiecte din jurul său sînt mai apropiate și le poate atinge, comparativ cu altele, mai îndepărtate, pe care nu le poate atinge. Treptat, copilul înțelege că aceste elemente ocupă poziții diferite, că sînt orientate în direcții și la distanțe variabile, că unele sînt deplasate de la locul lor și că aceste mișcări le poate raporta la sine, la schema sa corporală.

Dobîndirea de către copil a structurii spațiale se fundamentează pe baza încercărilor și reușitelor directe a acțiunilor orientate spre structurile și conduitele spațiale precum și pe „învățarea mentală” a noțiunilor spațiale pentru care există o experiență anterioară.

După A. De Meur și A. Lapière, etapele de înțelegere și utilizare a structurilor spațiale au la bază cunoașterea noțiunilor spațiale; orientarea spațială; organizarea spațială și înțelegerea relațiilor spațiale.

În toate etapele se apelează la un trinom de tehnici terapeutice, și anume: exerciții motorii, exerciții senzorio-motorii și exerciții perceptiv-motorii (Păunescu și Musu, 1990, p. 162).

### *Cunoașterea noțiunilor spațiale*

Cunoașterea de către copil a noțiunilor spațiale, care să-i permită să se încadreze, să se orienteze și să acționeze corespunzător în diversele situații în care s-ar putea afla, necesită un proces de pregătire de o mare diversitate, în care vor fi abordate noțiuni despre mișcare, mărime, forme cantitate, greutate și de număr, situații posibile, care vor fi analizate, fiecare în parte.

*Noțiunea de mișcare*, componentă de bază a motricității, se referă la acele grupe de mișcări pe care individul trebuie să le execute, atunci cînd are de îndeplinit o acțiune. Principalele noțiuni pe care copilul trebuie să le înțeleagă și să le aplice, sînt cele ce privesc mișcările corpului și ale segmentelor sale, orientate spre adaptarea la cerințele impuse de mediul ambiant.

*Mersul este* forma de deplasare care asigură copilului posibilitatea de a lărgi aria de cunoaștere și înțelegere a mediului înconjurător. În timpul mersului, atenția terapeutului trebuie să fie orientată asupra modului în care copilul alternează brațul cu piciorul opus, rularea corectă a labei piciorului: călcîi, talpă, vîrf; plasarea labei piciorului pe direcția de înaintare; menținerea corectă a capului, gîtului și trunchiului; asigurarea unei respirații corecte în timpul deplasării.

*Alergarea*, ca mijloc natural de deplasare într-un tempo mai rapid, are un rol determinant în întărirea și dezvoltarea aparatului respirator, cardio-vascular și sistemului muscular. Deprinderea și exersarea alergării necesită o atenție sporită asupra modului cum este executată pașirea, în care contactul cu solul să fie luat cu



vîrfului piciorului, cu asigurarea unei cadențe egale în alergare. În această privință, nu se urmărește însușirea unei anumite tehnici de alergare, ci doar consolidarea ei, în sensul menținerii unei poziții corecte a corpului și sincronizarea dintre respirație și cadența pașilor.

*Noțiunea înainte-înapoi* poate fi înțeleasă numai atunci cînd copilul este în situația de a realiza practic această acțiune:

- din stînd, cu o minge elastică sau medicinală în mîini, i se solicită să ducă mingea înainte cu brațele întinse; să ducă mingea înapoi peste cap, să revină la poziția inițială;
- pe perechi, spate în spate de mîini apucat brațele ridicate deasupra capului; se solicită ca, simultan, să facă un pas înainte și să revină la poziția inițială, prin executarea unui pas înapoi;
- două grupe de cîte 4-6 copii stînd față în față. Într-o grupă, fiecare copil are cîte o minge. La o comandă, ridică mingea cu ambele mîini deasupra capului și o aruncă spre înainte la partenerul din față. După ce a prins mingea, se întoarce cu spatele la partener și o aruncă peste cap, înapoi la celălalt partener;
- din stînd pe grupe de cîte 4-6 copii, se aleargă spre înainte pînă la un punct, se opresc și se deplasează spre înapoi mergînd cu spatele spre locul de unde au plecat.

*Noțiunile urcare-coborîre* sînt percepute de copil mult mai ușor, întrucît i se solicită să se urce și să coboare pe o scară fixă. Se utilizează diferite mijloace de a efectua acțiunea, cum ar fi urcarea și coborîrea pe treptele unei scări, pe banca de gimnastică, pe o denivelare de teren etc.

*Cățărarea-alunecarea:* presupun asigurarea bazei materiale care să ofere condiții pentru a efectua acțiunea; se fixează banca de gimnastică, la o înălțime corespunzătoare pe scara fixă; i se solicită copilului să se cațare pe bancă pînă ajunge la scara fixă, folosind mîinile și picioarele, iar trunchiul să fie menținut cît mai aproape de banca de gimnastică; cînd ajunge la scara fixă, se întoarce și se așază pe bancă pentru a aluneca pînă ajunge cu tălpile pe sol; terapeutul îl însoțește, deplasîndu-se alături de copil; se pot utiliza jocurile: potopul, pisica cocoțată etc.

*Aproape-departe:* i se oferă copilului o minge, i se solicită să o rostogolească cît mai aproape de locul unde se află el situat; terapeutul marchează locul pînă unde a ajuns mingea și îi solicită copilului să o ridice și să o rostogolească cît mai departe; se compară cele două aruncări, pentru a-l convinge pe copil ce înseamnă aproape și ce înseamnă departe.

*Aplecare-îndreptare:* din stînd, cu picioarele ușor depărtate, brațele întinse înainte, se solicită copilului să aplece trunchiul spre înainte pînă atinge cu mîinile vîrfurile picioarelor, și să îndrepte corpul bătînd din palme; se poate executa aceeași acțiune de aplecare și îndreptare pentru a ridicarea unor obiecte (jucării, mingi, cărți).

Din grupa mișcărilor legate de manevrarea unor obiecte pot fi utilizate următoarele noțiuni:

*A ridica - a transporta:* se organizează jocul, adună lucrurile pierdute; pe sol sînt plasate: un coșuleț, o minge, o păpușă, un cub. I se solicită copilului să meargă

## PSIHOMOTRICITATEA

(sau să alerge) pentru a ridica și transporta lucrurile pe care le-a pierdut, să le așeze pe măsută în ordinea în care le-a ridicat de pe sol.

*A îndoi - a întinde* este acțiunea pe care copilul o poate efectua utilizând o coală de hîrtie sau de ziar; i se oferă copilului posibilitatea de a îndoi, cît de mult poate, o foaie pe care apoi să o întindă; i se oferă o bucată de ziar pe care trebuie să o strîngă între mîini, după care trebuie să o întindă; în etapa următoare i se solicită să o îndoiaie o bucată de ziar cu o singură mînă.

*A împinge-a trage:* stînd la linia de plecare unde este plasată o minge; la comanda „pleacă”, copilul se așează în patru labe și împinge mingea cu capul pînă la un punct unde se ridică și așază mingea într-un coșuleț, pe care îl trage pînă la linia de unde a plecat.

*A deschide-a închide* acțiunea poate fi efectuată cu destulă ușurință, luînd în considerație vîrsta copilului; i se oferă o carte pe care trebuie să o deschidă și apoi să o închidă. Se cere să deschidă și să închidă ușa sau un sertar, să închidă și să deschidă gura etc.

### Noțiunea de situație

*În față-în spate:* stînd într-un cerc trasat pe sol, pe marginea cercului este plasată o minge, iar în partea opusă o păpușă; terapeutul îl îndrumă să intre în cerc și să privească în ce parte dorește, la păpușă sau la minge; la comanda „minge”, copilul se apleacă, ridică mingea și spune: „din față în spate”, așază mingea jos și ridică păpușa strigînd „din spate în față”; dacă este cu spatele la obiectul indicat de terapeut, atunci copilul spune „din spate în față”; grupa de copii este plasată în șir, unul în spatele celuilalt sau unul în fața celuilalt.

*În sus-în jos.* Stînd cu fața la masă (scaun, sau raft), pe care sînt plasate unele jucării, iar la picioarele copilului sînt plasate niște mingi de mărimi diferite; terapeutul îi recomandă ca, atunci cînd spune „mingi”, copilul să flecteze picioarele, să apuce o minge, timp în care strigă „jos”, cînd se ridică spune „sus”, așază mingea pe masă și așteaptă următoarea comandă; se poate organiza și prin îndreptarea privirii sau mișcarea brațelor în sus, în jos; i se cere copilului să arunce mingea în sus și să o prindă, să arunce mingea în jos și să o prindă, cînd revine la de la sol.

*Înăuntru-în afară:* stînd, pe măsută este plasat un coșuleț, alături se află o minge; i se cere copilului să ia mingea și să o plaseze înăuntru coșulețului; se trece apoi și i se cere să plaseze mingea în afara coșulețului; există o multitudine de posibilități care ar putea facilita perceperea de către copil a noțiunii de înăuntru și în afară.

*Pe-sub:* pornind de la același procedeu, i se cere copilului să așeze mingea pe masă sau sub masă; să așeze jucăriile pe masă și să le ridice pe acelea care au căzut sub masă; sînt plasați pe sol săculeți cu nisip, la interval de un pas, iar la capătul traseului sînt plasate două scaune, pe care este plasată o scîndură; i se cere copilului să meargă pășind pe săculeții cu nisip și să treacă pe sub obstacolul plasat în fața sa și să revină la locul de unde a plecat.

*Dreapta-stînga:* terapeutul plasează pe masă unele jucării, îi solicită copilului să ia jucăria care îi place cel mai mult; mîna cu care apucă este considerată ca fiind de obicei mîna dominantă (preferențială); se stabilește care este mîna dominantă, pe care



terapeutul o denumește: „ai apucat cu mîna dreaptă (sau stînga), cealaltă este mîna stîngă sau dreaptă”; pe masă sînt așezate mai multe jucării; terapeutul îi recomandă copilului să ridice cubul roșu cu mîna dreaptă, iar pe cel galben cu mîna stîngă; Atenție! copilul este așezat cu antebrațele sprijinite pe masă, palmele în pronație, iar jucăriile sînt plasate la distanță egală de cele două palme; culorile pe care trebuie să le aleagă sînt plasate în succesiune, în așa fel încît copilul să îndrepte mîinile în mod conștient în direcția în care se află cubul vizat.

*În jur:* în poziția stînd, se oferă copilului o cureauă sau un cordon, pe care acesta trebuie să îl prindă în jurul trunchiului; stînd cu fața îndreptată spre un grup de 3-4 mingi medicinale, i se cere copilului ca la un semnal, să alerge în jurul mingilor, iar la un nou semnal să se oprescă, să se întoarcă și să continue alergarea în jurul mingilor.

*Între:* sînt plasate două bănci de gimnastică, la un interval de ½ de pas una de alta; i se cere copilului să se deplaseze între cele două bănci; stînd, între doi copii, la semnal cel din mijloc aleargă îi ocolește pe parteneri și se oprește între ei, cu fața în direcția opusă celei de la plecare.

### *Noțiunea de mărime*

Se plasează în fața copilului două păpuși de mărimi diferite; i se cere să arate care păpușă este mai mare și care este mai mică; i se prezintă o cană de băut apă și o ceșcuță de cafea; i se cere să arate care este mai mică și care este mai mare; i se prezintă mai multe cuburi de diferite culori și mărimi; i se solicită să le așeze în ordine crescătoare; după ce reușește să le poziționeze corect, i se solicită plasarea lor în ordine descrescătoare, de la mare la mic.

*Gros-subțire:* i se prezintă copilului un carton și o foaie de hîrtie pentru a înțelege ce este gros și ce este subțire; i se prezintă un fir de ață de cusut și o bucată de frînghie, pentru a face diferența între gros-subțire și fin; i se prezintă două cărți, una mică și subțire și una mare și groasă; în acest mod, copilul poate asocia două noțiuni, cele de mare și de mic îi sînt cunoscute, urmează să-și precizeze noțiunile de subțire și gros; cele două cărți îi oferă posibilitatea de a înțelege și reține noțiunile respective.

*Îngust-larg:* sînt plasate două scaune unul după altul, în continuare sînt plasate două bănci de gimnastică la interval dublu față de picioarele scaunelor; se cere copilului să se deplaseze pe sub scaune, fie prin tîrîre, fie prin mers în patru labe, apoi să se deplaseze printre băncile de gimnastică, în lateral prin poziția în patru labe; în acest mod, copilul înțelege ce este un spațiu îngust și ce este un spațiu larg.

### *Noțiunea de forme*

*Lung-lat-scurt:* Este prezentată o foaie de hîrtie; se arată că suprafața hîrtiei prezintă o margine mai lungă și una mai scurtă; marginea mai mare este numită lungime, iar cea mai mică este lățimea; sînt prezentate diferite tuburi din plastic de mărimi diferite; se cere copilului să arate care sînt tuburile mai lungi și care sînt mai scurte; i se solicită, să așeze tuburile în ordine crescătoare, de la cele scurte, spre cele lungi, iar în etapa următoare, să le așeze în ordinea descrescătoare.

Se cere copilului să arate care este lungimea băncii de gimnastică și care este lățimea, la fel și pentru o masă să se arate care este lungimea și care este lățimea.

*Formele geometrice:* obiectele cu care copilul se joacă au forme diferite, iar cunoașterea acestor forme este un obiectiv, căruia terapeutul trebuie să-i acorde atenția cuvenită.

*Formele rotunde* pe care copilul observă că le au mingile, bilele și baloanele: copilului i se solicită să le ordoneze după mărime și culoare, iar apoi să le deseneze și să le coloreze; formele rotunde se remarcă și prin particularități de a manevra aceste obiecte, prin aruncare în sus și prinderea lor în cădere, de rostogolire pînă la o țintă, iar pentru mingea elastică, să o lanseze spre sol și cînd ricoșează să încerce să o prindă.

*Formele de dreptunghi* sînt și ele destul de des utilizate în activitățile copiilor; se prezintă o carte cu desene colorate; se atenționează copilul că forma cărții este de dreptunghi; se cere să aleagă acele jucării care au această formă, să le ordoneze după mărime și culoare.

*Formele de pătrat, triunghi și romb* trebuie și ele prezentate copilului, pentru a fi sortate după mărime și culoare, să le palpeze și să plimbe degetele pe marginile lor, pentru a aprecia mai bine forma și consistența fiecărui obiect, în fapt, nefiind altceva, decît o educare timpurie a simțului stereognozic; aceiași acțiune se poate repeta și cu ochii închiși.

Se cere copilului să verbalizeze constatările sale, apoi să deseneze și să coloreze diferit fiecare formă geometrică.

### *Noțiunea de cantitate*

*Plin-gol.* Sînt prezentate două pahare goale: într-un pahar terapeutul toarnă apă pînă îl umple; este întrebat copilul care este paharul plin și care este gol; după ce își însușește noțiunile de plin și gol, se trece la un alt procedeu; terapeutul prezintă palmele; apoi cuprinde un grup de jucării și îl întreabă pe copil cum sînt palmele sale; copilul răspunde: „pline cu jucării”; eliberează jucăriile pe masă și întreabă „dar acum?”, copilul răspunde „sînt goale”; vor fi prezentate și alte situații prin care copilul să perceapă noțiunea de plin și gol.

*Puțin-mult:* pe masă sînt două grupe de jucării; se cere copilului să arate unde sînt jucării puține și unde sînt mai multe; sînt așezate pe masă două pahare goale; terapeutul toarnă într-un pahar un deget de apă, iar pe cel de al doilea îl umple cu apă; copilul trebuie să arate unde este mai puțină și unde este mai multă.

Sînt plasate pe masă mai multe jucării; se cere copilului să alcătuiască o grupă din jucăriile care au aceeași formă și culoare, iar alături să plaseze jucăriile care au forme și culori diferite; copilul trebuie să arate unde sînt mai multe jucării și unde sînt mai puține.

*Întreg-jumătate:* terapeutul prezintă două mere: ce sînt acestea? „mere” va răspunde copilul; aceste mere sînt întregi; cu un cuțit taie un măr în două; prezintă mărul întreg și pe cel care are două jumătăți: „acest măr a fost tăiat în două, această parte se numește jumătate din mărul întreg” (apropie cele două jumătăți).

Se cere copilului să ruleze o bucată de plastilină pînă realizează un sul; „acest sul este întreg; se taie sulul la mijloc și se obțin două jumătăți”.

Desenați un cerc, un dreptunghi, împărțiți desenul în două jumătăți pe care le colorați cu culori diferite.



### *Noțiunea de greutate*

Este modalitatea prin care copilul poate aprecia apăsarea pe care obiectele o exercită asupra palmelor sau tăria (puterea/forța) cu care trebuie să acționeze degetele pentru a păstra obiectul în mână.

Apucarea obiectelor pentru a fi manevrate, îi solicită copilului capacitatea de mobilizare a degetelor pentru a prinde, ridica și manevra acele obiecte, în concordanță cu obiectivele stabilite. Pentru a percepe noțiunea de greutate sînt utilizate două procedee: susținerea obiectului în palmă, modalitate prin care copilul percepe contactul și presiunea pe care obiectul o exercită asupra palmei, cu condiția ca mîna să fie plasată în supinație; apucarea obiectului cu mîna în pronație, acțiunea fiind localizată la nivelul flexorilor degetelor, unde policele, ca opozant are un rol însemnat.

Educarea prehensiunii impune ca acțiunea să înceapă prin apucarea cu mîna în pronație, utilizînd obiecte ușoare, adaptate ca mărime posibilității de apucare a copilului.

Se trece treptat la prehensiunea bidigitală a obiectelor mici, în care sînt implicați policele și indexul sau mediusul, folosind bile din plastic sau mărgelile de diferite dimensiuni. Acțiunea de apucare trebuie asociată și cu manevrarea obiectelor, urmărindu-se sortarea lor sau formarea abilității de a fi înșirate pe ață.

Într-o etapă următoare, cînd copilul stăpînește apucarea și manevrarea obiectelor, se trece de la apucarea în pronație și la schimbarea poziției mîinii, în supinație. Acesta este momentul în care copilul, simțind presiunea pe care obiectul o exercită asupra palmei sale, o va conecta la noțiunea de greutate și spațiu.

Pentru a verifica capacitatea de înțelegere a noțiunii de greutate, se utilizează de procedeu de „cîntărire în palmă”. Sînt oferite două obiecte de greutate diferite pe care copilul să le plaseze în palme, cerîndu-i-se. să precizeze care este mai greu și care este mai ușor. Se schimbă obiectele, dar și mîinile, în sensul că mîna care a „cîntărit” obiectul ușor, va prelua obiectul mai greu și invers. Acest procedeu oferă copilului posibilitatea de a aprecia corect contactul și presiunea, pe care obiectele le exercită asupra palmelor.

Cea mai potrivită cale de a forma și dezvolta senzațiile de contact și presiune, cît și deprinderea de a ridica și transporta obiecte de diferite mărimi și greutăți, o reprezintă jocul.

În cadrul jocului, pot fi asociate mai multe direcții de acționare, în sensul apucării, rostogolirii, lansării, împingerii, sau tracțiunii obiectelor de forme, greutăți și număr diferit, cu scopul de a lărgi sfera deprinderilor motrice, pe care trebuie să le dobîndească copilul.

### *Noțiunea de număr*

Formarea noțiunii de număr este strîns legată de modul în care copilul percepe grupurile de obiecte de același fel, cît și posibilitatea de a le diferenția după formă, mărime și culoare.

Înșușirea numerelor de către copil parcurge trei etape. În prima etapă, percepția despre numere se realizează, cel mai bine, în cadrul jocurilor didactice și a celor logice, terapeutul urmărind, ca în cadrul acestor jocuri să se asigure copilului

posibilitatea de a înțelege și reține prin intermediul analizatorilor: vizual, tactil și auditiv, modul în care trebuie să utilizeze numerele cardinale: 1 și 2.

Formarea noțiunii de număr, apelînd la jocurile didactice și a celor logice, trebuie orientată în următoarele direcții: recunoașterea și denumirea grupurilor de obiecte care se caracterizează prin forme, mărime și culori diferite; să reușească să separe un obiect de o anumită culoare sau formă dintr-un grup de obiecte; aprecierea subiectivă a două grupuri de obiecte, precizînd unde sînt „mai multe” și unde sînt „mai puține”; alcătuirea a două grupe de obiecte care au aceeași formă și culoare; separarea obiectelor care au aceeași mărime și culoare și gruparea lor cîte două; se solicită să scoată dintr-un săculeț două bile sau două pătrate. Se apreciază recunoașterea obiectelor pe cale tactilă.

Jocurile logice, la rîndul lor, sînt organizate și orientate spre percepții raționale: discernămînt în cunoașterea figurilor geometrice; gruparea figurilor geometrice cunoscute după mărime și culoare; folosirea figurilor geometrice pentru a construi o casă; perceperea unor asemănări de mărime și formă a unor figuri geometrice și gruparea lor cîte două. În același timp se urmărește formarea capacității de a compara obiectele, pentru a alcătui perechi ce au aceeași formă și culoare.

Repetarea și consolidarea noțiunilor și acțiunilor exersate într-o primă etapă, trecînd de la însușirea numerelor 1, 2, la cea de la 1 la 5, utilizînd degetele de la o mîină; alcătuirea unui grup de obiecte avînd în atenție să fie: mai lungi, mai scurte, mai groase, sau mai subțiri; perceperea și localizarea corectă a pozițiilor, în care sînt situate unele obiecte față de altele: departe unul de altul, unul lîngă altul, sau unul după altul; comparînd mai multe grupuri de obiecte, să se arate care grup are mai multe obiecte și care are mai puține, în raport de înălțimea, lățimea sau forma obiectelor pe care le numără; alegerea unui număr de obiecte (pe care îl enunță terapeutul), avînd aceeași culoare, formă și mărime; utilizarea în mod corect a numerelor cardinale (cîte obiecte sînt în grupul respectiv), dar și pe cele ordinale (al cîtelea obiect este cel de culoare. . . albă); capacitatea de a stabili deosebirile dintre figurile geometrice învățate, precizînd care sînt însușirile ce le diferențiază.

Se are în vedere obișnuirea copilului cu număratul pînă la 5, cu aranjatul unor obiecte și a figurilor numerice în ordine crescătoare.

Pe întreg parcursul acestei etape vor fi organizate acțiuni, care să verifice capacitatea de reținere a acțiunilor efectuate pînă la data propusă de referință.

În continuare, terapeutul trebuie să aprecieze modul în care copilul a înțeles noțiunea de număr, dar, mai ales, posibilitatea practică de a opera cu aceste noțiuni. În această etapă, atenția este orientată spre consolidarea noțiunilor și acțiunilor dobîndite pînă la acea dată, cît și înțelegerea și concretizarea practică a următoarelor componente: asimilarea conștientă a numărului pînă la 10, pe baza folosirii unor materiale intuitive; asigurarea condițiilor pentru înțelegerea modalităților de creștere sau de micșorare a numărului de obiecte; obișnuirea copilului cu jocul cifrelor, folosind gama de obiecte cu care acționează în mod curent; asigurarea condițiilor optime pentru verbalizarea operațiunilor pe care le efectuează; plasarea obiectelor în ordine crescătoare și descrescătoare pentru a înțelege scara numerică; dobîndirea priceperii de a număra pînă la 10, înainte și înapoi, utilizînd materiale intuitive; înțelegerea modalității de formare a unui nou număr, prin adăugarea sau scăderea unei



unități la numărul pe care îl cunoaște; identificarea locului pe care fiecare număr îl ocupă în șirul numerelor, utilizând numeralul ordinal; dobândirea posibilității de a diferenția numerele cu soț și cele fără soț; însușirea sistemului de compunere și descompunere a numărului din uniți constitutive; spre exemplu: numărul 2 este format din 1 și 1, numărul 3, din 2 și 1, numărul 4 din 2 și 2, sau din 1 și 3 etc; să poată efectua adunarea și scăderea prin utilizarea materialelor pe care le are la dispoziție; să se insiste asupra verbalizării de către copil, a tuturor acțiunilor pe care le execută copilul.

Sfera noțiunilor, pe care trebuie să și le însușească copilul cu tulburări sau dificultăți psihomotrice, este mult mai cuprinzătoare. În acest sens se consideră că este necesar, să se acționeze în direcția dobândirii noțiunilor de *contrast*, *direcție* și de *relație*. Noțiunile de contrast aduc în discuție termenii de contrast absolut: zgomot-liniște, lumină-întuneric, mișcare-imobilitate; contraste relative: puternic- slab, tare-moale, greu-ușor, tocit-ascuțit, cald-frig, zgrunțuros- neted.

Noțiunile de direcție, de orientare și de situație se referă de la-către, de la-pînă la, între-prin-peste, deasupra-dedesubt.

Noțiunile de relație se regăsesc în: vesel-trist, calm-agitat, bucurie-mînie-supărare, speranță-disperare; relație cu altul; a da-a primi, a cere-a refuza, adevărat-fals-minciună, drept-strîmb, drept- nedrept.

Aceste noțiuni pot fi utilizate în vocabularul unui copil numai după ce înțelege sensul noțiunilor prezentate anterior.

### Orientarea spațială

Cunoașterea de către copil a noțiunilor spațiale îi permite acestuia să se orienteze în mediul în care trăiește. Avînd posibilitatea de a se situa pe sine, el poate situa și obiectele din mediul său ambiant, ceea ce facilitează adaptarea la schimbările din mediul fizic extern. În aceste condiții, adaptarea la activitățile desfășurate în grup au ca punct de referință cunoștințele legate de noțiunile de bază ale spațiului.

*Noțiunea de șir* exprimă modalitatea de dispunere a grupeii de copii „unul după altul”, adică situarea unui copil după alt copil, avînd posibilitatea de a așeza mîna pe umărul celui din fața sa. În acest fel, este asigurat spațiul necesar pentru a efectua o anumită acțiune. Din această poziție, terapeutul poate organiza unele jocuri, care să consolideze noțiunea de șir.

*Mingea călătoare.* Copilul plasat în capul șirului are o minge pe care o ține în mîini; la comanda terapeutului ridică mingea deasupra capului, pentru a fi preluată de următorul copil; se continuă acțiunea, pînă se ajunge la ultimul copil din șir, care aleargă și se plasează în față și transmite mingea următorului; acțiunea continuă, pînă cînd cel care a fost primul, ajunge din nou în față. În condițiile în care sînt mai mulți copii jocul se poate organiza sub formă de întrecere între grupe.

*Mingea prin tunel.* Stînd pe un șir cu picioarele depărtate, la distanța de o lungime de braț; primul copil are o minge pe care o ține în mîini; la comanda terapeutului de „începeți”, se apleacă și trece mingea printre picioare, pe care o apucă

\* Prelucrare după Programa Activității Instructiv- Educative în Grădinița de copii, EDP, Buc, 1975 și 2000.

cel din spate, acesta o transmite următorului, pînă se ajunge la ultimul copil, care o ridică și o transmite pe deasupra capului celui din fața sa, pînă ajunge la primul copil.

*Noțiunea de rînd* exprimă modalitatea de dispunere a copiilor „unul lîngă altul”, în dispunerea pe un rînd sau pe două rînduri, umerii copiilor sînt apropiați; pentru a înțelege mai bine această noțiune fiecare copil trebuie să atingă coatele partenerilor din dreapta și din stînga sa, pentru a avea un interval corespunzător.

În etapa următoare, fiecare copil duce doar brațul drept întins în lateral pentru a atinge umărul partenerului din dreapta și pentru a-și asigura un interval de o lungime de braț.

*Deplasarea șerpuită.* Grupa este organizată pe două rînduri, la interval de o lungime de braț și la distanța de doi pași de rîndul din față; la semnalul terapeutului, primii copii din cele două rînduri pornesc în mers sau alergare, prinocolirea prin față a primului copil și prin spate a celui de al doilea și așa mai departe, pînă ajunge la coada rîndului; acțiunea continuă pînă ce, cel care a mers sau alergat primul ajunge din nou primul în rînd.

*Față în față.* Din adunare pe două șiruri, terapeutul dă numele șirului care are mîna dreaptă liberă va fi denumit „veverițele” șirul care are mîna stîngă liberă va fi denumit „vulturii”. Se verifică modul în care au înțeles denumirile prin indicarea „veverițele, mîinile sus”, „vulturii, mîinile sus”.

După ce se constată că toți copiii au înțeles denumirea grupei, se dă comanda „veverițele” prin săritura la stînga, apoi „vulturii” prin săritura la dreapta; se atrage atenția copiilor că au ajuns în formație pe două rînduri față în față; pentru a consolida noțiunea de adunare pe două rînduri față în față se cere copiilor să se deplaseze liber prin sală; se solicită apoi să se adune pe două rînduri față în față; terapeutul urmărește modul în care copiii răspund la solicitare, corectînd acțiunile copiilor care au dificultăți.

În condițiile în care activitatea este efectuată cu un singur copil, terapeutul procedează în același mod, în sensul că pornește acțiunea din stînd unul lîngă altul și prin săritură să ajungă față în față.

*Spate la spate.* Grupa este adunată pe două șiruri; se dă comanda pentru a ajunge spate în spate la stînga și la dreapta prin săritură; în acest sens veverițele sar la dreapta iar vulturii la stînga, pentru a ajunge spate la spate; se cere copiilor să execute un pas înapoi pentru a reuși a se apropia mai mult de partener și să se prindă de mîini; după ce au reușit să se apuce de mîini se cere să facă un pas înainte cu piciorul drept fără să desprindă de mîinile; brațele vor fi întinse, spatele drept, privirea înainte; se revine la poziția inițială și se execută aceeași acțiune și cu piciorul stîng.

Pentru a verifica dacă au reținut formația de adunare pe două rînduri spate în spate, terapeutul organizează un joc cunoscut de copil, după care, dă comanda de adunare pe două rînduri spate în spate.

Pentru a obișnui copiii să se adune pe două rînduri spate la spate terapeutul trage două linii cu cretă pe sol și se cere copiilor să se așeze pe cele două linii, spate la spate; după ce copiii au înțeles și realizat acțiunea, li se cere să se ridice în picioare, dar să rămînă cu fața orientată în direcția în care priveau; terapeutul le solicită să se apropie, pentru a ajunge din nou spate la spate.



Se cere apoi copiilor să facă un pas înainte, iar terapeutul le atrage atenția că sînt pe două rînduri spate la spate; repetarea acțiunii cînd copiii sînt adunați într-o parte a sălii și cînd terapeutul dă comanda de adunare pe două rînduri spate la spate.

### *Jocuri aplicative*

Pentru a verifica posibilitatea de orientare în spațiu, jocurile și parcursurile aplicative se constituie în principalul mijloc de care dispune terapeutul, prin care acesta poate aprecia modul în care copilul a înțeles și reținut acțiunile pe care le-a exersat.

Conținutul unui joc sau parcurs aplicativ trebuie să cuprindă concretizarea principalelor elemente, pe care copilul și le-a însușit într-o anumită perioadă. Este de majoră importanță, ca în timpul desfășurării acțiunii să verbalizeze fiecare componentă, insistînd, în principal, asupra mișcării pe care o execută și direcției în care se îndreaptă, pentru a evidenția că a înțeles sistemul de noțiuni spațiale, cu care a acționat pînă în acel moment.

Se recomandă ca terapeutul, atunci cînd plasează obiectele pentru buna desfășurare a jocului sau parcursului aplicativ, să solicite ajutorul copilului sau al copiilor, atunci cînd se lucrează cu o grupă, pentru a marca împreună direcțiile în care trebuie să acționeze și acțiunile ce urmează a fi efectuate.

### *Jocuri și parcursurile aplicative*

Posibilitatea de orientare în spațiu este o mare beneficiară a jocurilor și parcursurilor aplicative, care contribuie la îmbogățirea și lărgirea capacităților de care dispun prin atenția distributivă. Prezentarea în continuare a unor asemenea jocuri și parcursurile aplicative este edificatoare.

*Ce lipsește?* Grupa dispusă în cerc, la mijloc, terapeutul plasează într-un cerc mai mic mai multe jucării, pe care toți copiii le pot vedea; se alege un copil care iese din cadrul grupei și se întoarce cu fața la perete; după ce se asigură că nu poate vedea, terapeutul ia din grămadă trei jucării și le ascunde; este chemat copilul care a stat cu fața la perete și i se cere să ghicească ce jucării lipsesc; dacă ghicește toate trei jucăriile primește un steag roșu, dacă ghicește două jucării primește un steag albastru, dacă ghicește doar o jucărie primește un steag alb, iar dacă nu ghicește nici o jucărie primește un steag verde; jocul continuă, pînă ce trec toți copiii. Atenție! După fiecare copil care a fost la ghicit, terapeutul schimbă poziția jucăriilor, plasîndu-le și pe cele care au fost ascunse.

*Cine lipsește?* Copiii sînt așezați în cerc, cu umerii apropiați, în mijlocul cercului se plasează un copil în ghemuit și cu ochii legați; un copil din cerc iese și se ascunde după mobila din sală; se cere copilului care a stat în mijloc să se ridice și să ghicească „cine lipsește”; dacă nu ghicește, pînă ce terapeutul numără pînă la 10, intră în cercul mare, iar cel care s-a ascuns trece în mijloc pentru a relua jocul.

*Șotron cu figurile geometrice.* Copilul plasat la linia de plecare execută sărituri în figurile desenate pe sol, spunînd în ce fel de figură se află piciorul drept și în ce fel de figură se află piciorul stîng, apoi în care figură a sărit cu picioarele apropiate.

După ce copilul a exersat șotronul cu figurile geometrice, terapeutul notează fiecare figură cu un număr. Se cere copilului (care a învățat numerele pînă la 10) să spună în ce figură sînt plasate picioarele și la ce număr.

*Șotron cu zilele săptămânii.* Copilul poate asocia zilele săptămânii cu formele geometrice. Pentru a verifica modul în care a reținut zilele săptămânii, terapeutul solicită copilului să execute acțiunea dus și întors, când trebuie să enunțe ziua dar și forma geometrică în care sare. Este o formă placută și ușoară, de a reține două noțiuni importante.

*Parcurs aplicativ.* Terapeutul, ajutat de 2-3 copii, plasează următoarele obstacole: un scaun, două mingi medicinale la distanțe de 1, 5 plasate oblic față de direcția de înaintare, două scaune pe care sînt plasate un baston, o minge.

Acțiunea se desfășoară astfel: mers, ocolește scaunul, trece pe lîngă latura stîngă a primei mingi medicinale, trece pe lîngă latura dreaptă a celei de a doua minge medicinală, trece prin mers în patru labe pe sub baston, se ridică, rostogolește mingea pînă la scaunul plasat în celălalt capăt, ridică mingea, pe care o plasează în cercul de unde a preluat-o, se deplasează pînă la linia de sosire.

*Indicații metodice:* acțiunea este demonstrată de către terapeut sau de un copil mai bine pregătit; se desfășoară sub formă de mers, ceea ce facilitează înțelegerea de către copii a acțiunii. După un număr de 3-4 repetări, se trece la executarea parcursului din alergare. În timpul deplasării, copilul verbalizează acțiunea pe care o execută.

### Organizarea spațiului

Pentru a reuși să se adapteze la spații largi, copilul trebuie să-și însușească o serie de noțiuni de bază, prin intermediul cărora să poată înțelege și diferenția noțiunile de distanță, interval, suprafață și înălțime.

*Noțiunea de distanță* este reprezentată de spațiul cuprins între două puncte bine stabilite.

Se cere copilului să se deplaseze cu pași cu aceeași lungime de la ușă pînă la fereastră și să spună cîți pași a făcut, apoi să meargă de la tablă pînă în capătul sălii și să spună cîți pași a făcut.

Sînt plasate pe sol trei grupe de săculeți cu nisip: prima grupă la distanța corespunzătoare unui pas de copil, a doua grupă la distanță mai mare decît pasul unui copil, iar a treia grupă la o distanță mai mică decît pasul obișnuit.

Se cere copilului să se deplaseze pășind pe săculeții cu nisip. La prima grupă de săculeți, mișcările vor fi corect desfășurate. La grupa a doua, distanța fiind prea mare, copilul nu va putea păși; întrebarea „de ce nu pășești pe săculeț?” are rolul de a-l face pe copil să deducă faptul, că săculeții sînt la o distanță prea mare unul față de altul. La grupa a treia copiii trebuie să facă pași mici. Întrebați fiind de ce fac pași mici, răspunsul așteptat trebuie să fie că distanța dintre săculeți este mai mică.

În activitatea practică, atunci cînd copiii sînt adunați în șir cîte doi, li se solicită să ducă brațul drept înainte, pe umărul colegului din fața sa, pentru pentru a lua o distanță convenabilă în raport cu cel din față.

*Noțiunea de interval* reprezintă spațiul cuprins între doi copii, care sînt plasați „unul lîngă altul”, atunci cînd sînt adunați pe unul sau două rînduri. Acest interval poate fi mărit, prin așezarea unui braț pe umărul celui din dreapta sau cu mîna pe șold (interval de o jumătate de braț).



*Noțiunea de suprafață* este concretizată prin întinderea (mărimea) pe care o are un spațiu, luînd în considerație lungimea și lățimea acestuia. Prima suprafață pe care o percepe copilul este cea a măsutei, pe care își așază jucăriile, apoi a sălii în care se află, ca mai apoi să perceapă suprafața casei sale.

Cînd desenează, trebuie să aprecieze corect lungimea și lățimea figurilor pe care le prezintă pe hîrtie; să fie capabil să deosebească într-un desen ce reprezintă o casă și cît din ea reprezintă o cameră, urmărind care sînt laturile mai mari și care sînt cele mai mici.

*Noțiunea de înălțime* este reprezentată de distanța dintre două puncte situate pe verticală. Copilul este îndrumat să stea cu spatele la tocul ușii, terapeutul marchează cu o cretă, înălțimea sa. Este procedeul cel mai simplu de a afla ce reprezintă înălțimea. Se solicită copilului să se cațere pe scara fixă pînă într-un punct; se spune la ce înălțime a reușit să se cațere. În cadrul unui desen i se cere să redea o casă mai scundă și una mai înaltă. În cadrul jocurilor; se solicită să construiască din cuburi un turn, care să cuprindă cuburi de mărimi, forme și culori diferite.

În etapa următoare, se cere ca mingiile sau alte obiecte cu care lucrează, să fie așezate cîte două sau cîte trei, în ordine crescătoare, ca mai apoi să le deseneze în ordinea respectivă cu culorile corespunzătoare. Într-o etapă mai avansată se cere copilului să deseneze o casă care are în jur pomi, un coteț pentru cățel, iar casa are gard. Se urmărește modul în care sînt plasate în spațiul pe care îl are la dispoziție.

### Structura spațială

Verificarea nivelului de cunoștințe legate de structura spațială se poate realiza prin intermediul următoarelor genuri de noțiuni: *noțiunea de formă*: plană: rotundă, pătrată, dreptunghi, triunghi, trapez, romb, oval; și volume: bilă, sferă, cub, piramidă; *noțiunea de mărime*: mic-mare, scurt-lung, subțire-gros, strîmt-larg; *noțiunea de cantitate*: puțin-mult, gol-plin, jumătate-întreg, ușoare-grele; *noțiunea de direcționare*: dreapta-stînga, sus-jos, înainte-înapoi, înăuntru- în afară, aproape-departe, pe-sub, aici-acolo; *noțiunea de poziționare*: așezat-stînd, decubit dorsal, decubit ventral, decubit lateral, aplecat-îndoit, deasupra-dedesubt, rînd, șir, față în față, spate la spate, unul lîngă altul; *noțiunea de mișcare*: mers-alergare, urcare-coborîre, aruncare-prindere, tras-împins, cădere-ridicare, pliere-întindere, -săritură-aterizare, stînd pe loc-deplasare.

Evaluarea spațială oferă terapeutului posibilitatea de a aprecia modul în care copilul ajunge să cunoască noțiunile spațiale; dacă se orientează corect în spațiu; dacă are posibilitatea de a-și organiza corespunzător spațiul și de a înțelege care sînt relațiile spațiale, în sensul că el percepe sub toate, aspectele mediul în care trăiește.

În mod practic, terapeutul trebuie să evalueze două aspecte: al relației copilului cu obiectele pe care trebuie să le identifice și să le poată manevra după forma, mărimea și cantitatea lor și să înțeleagă criteriile care stau la baza utilizării lor precum și pe cel al modului în care copilul se orientează în spațiu, prin poziționare și mișcare în spațiul pe care trebuie să-l cunoască și în care să se poată orienta.

Relația copilului cu obiectele poate fi verificată prin următoarele modalități: pe masa de lucru sînt plasate diferite obiecte, care au forme și mărimi diferite; terapeutul solicită copilului să ordoneze obiectele după forma, volumul și cantitatea lor.

Se recomandă separarea obiectelor plane de cele care au volum; ordonarea obiectelor după mărimea lor (trebuie să pornească de la cele mici, scurte, subțiri spre cele mari, lungi, groase); ordonarea obiectelor după greutatea lor, începînd cu cele ușoare, puține la număr, goale pe jumătate, spre cele grele, multe, pline, întregi.

În acest context, terapeutul solicită copilului să verbalizeze toate acțiunile pe care le execută prin denumirea obiectului, formei, mărimii și cantității lui, poziției pe care o ocupă în raport de sine și în ce raport sînt unele față de altele, atunci cînd le așază pe masă.

### **Organizarea spațială în funcție de plasarea copilului**

Terapeutul pornește de la stabilirea parametrilor, prin intermediul cărora poate să aprecieze nivelul de înțelegere a noțiunilor de: poziție, direcție și mișcare.

*Poziția:* se solicită copilului să adopte unele poziții, pe care terapeutul le prezintă sub formă de schiță; copilul, verbalizînd, adoptă poziția respectivă; după un timp terapeutul solicită să fie luată o poziție fără a mai prezenta schița poziției cerute.

*Direcția:* copilul se află în centrul sălii, terapeutul îi prezintă o schiță care cuprinde o fereastră, o ușă, o masă, un dulap etc.; în momentul în care copilul percepe schița, trebuie să se deplaseze în direcțiile respective, verbalizînd direcția de deplasare.

După un timp, i se solicită copilului să se deplaseze într-o anumită direcție, fără a-i mai prezenta schița.

Înțelegerea conceptului despre mișcare se pune în evidență prin următorul procedeu: i se solicită copilului să efectueze un număr de 8-10 pași; se urmărește modul în care execută pașii care pot fi prea mari sau prea mici; dacă în timpul deplasării modifică lungimea pașilor, dacă după cîțiva pași se oprește și se blochează; dacă se grăbește să execute acțiunea sau manifestă lentoare în execuția ei; dacă stă pe loc și se „închide în sine” privind în jos sau fixîndu-și privirea într-un anumit punct.

### *Reproducerea gesturilor*

Terapeutul plasat în fața copilului în poziția stînd, îi prezintă o serie de gesturi, care angajează în mișcare membrele superioare la nivelul umerilor, coatelor pumnului și degetelor. Mișcările segmentelor vor fi simetrice și asimetrice.

Terapeutul însoțește mișcările de explicații, privind poziția brațelor, direcția în care se vor deplasa și, mai ales, asimetria în mișcarea lor.

După ce copilul a reușit să înțeleagă noțiunile de poziție și direcție, i se solicită să repete acțiunile fără o prealabilă demonstrație practică.

Vor fi urmărite: capacitatea de memorare a pozițiilor; ușurința în execuția mișcărilor prezentate; nivelul de coordonare a relațiilor dintre segmente; greșelile frecvente în redarea mișcărilor; asocierea mișcărilor prezentate cu implicare și a altor părți ale corpului.

Atenția terapeutului trebuie îndreptată asupra capacității de recepționare a semnalelor; a modalităților de redare a acestora și mai ales a eșecurilor înregistrate de copil, care vor fi notate și vor constitui baza de plecare pe care se clădește procesul de reeducare al acestor copii.



## STRUCTURA TEMPORALĂ

Orientarea temporală este intim legată de modul în care fiecare individ pune în relație spațiul și timpul, în raport cu ritmul său de viață. Resursele motrice ale fiecărui individ se manifestă tot atât de bine prin gesturi, cât și prin modul său de exprimare verbală, iar pentru unii și prin scris. Perceperea timpului are un rol deosebit de important în viața unui copil, întrucât îi permite să aprecieze durata în organizarea unor activități curente. Organizarea temporală a copilului se formează numai în condițiile în care acesta are bine definite schema corporală și orientarea spațială.

Noțiunea de timp, fiind abstractă, se dobîndește cu dificultate de către copilul cu tulburări și dificultăți psihomotrice. Acest lucru devine posibil numai după ce copilul a dobîndit noțiunile de durată și de viteză.

Noțiunea de timp se conectează la informațiile pe care le furnizează analizatorii vizual, auditiv și chinestezic, cât și prin mijlocirea acestor interacțiuni de către gîndire (M. Epuran, 1976, p.136).

Orientarea temporală este un atribut al prezentului și este proprie fiecărei persoane, în timp ce orientarea spațială are ca element de referință spațiul în care acesta se mișcă. Trebuie avut în vedere și faptul că spațiul oferă trei dimensiuni, ce pot fi parcurse de către copil în toate direcțiile, și poate fi perceput fără a întîmpina dificultăți prea mari, iar timpul are o singură direcție și oferă posibilitatea de a fi parcurs doar într-un singur sens. Copilul pe parcursul procesului de creștere și dezvoltare poate reține unele fapte care s-au petrecut în trecut sau poate să-și imagineze altele ce se vor desfășura în viitor, dîndu-și destul de bine seama că el trăiește în prezent.

Conduita de orientare și structurare temporală se formează cu destul de mare dificultate și destul de lent, deoarece timpul, la fel ca și spațiul, implică elaborarea unui nou sistem de relații ce conferă, de fapt, aceste două construcții în succesiunea lor. O încercare de sistematizare a etapelor de orientare temporală are la bază percepția copilului, care trebuie să înceapă a gîndi în ce ordine și succesiune se desfășoară mișcarea și să selecteze care gesturi au prioritate și care nu.

Structura temporală are ca obiectiv și formarea percepției de durată de timp, mai lungă sau mai scurtă, fie ca durată de mers, spre exemplu, fie să poată face diferența dintre o oră și o zi.

La fel de importantă este capacitatea de a înțelege periodicitatea unor evenimente temporale, în sensul de a reuși cât mai repede să se adapteze ritmurilor circadiene (dimineata, la prînz, seara, o săptămînă, un anotimp) și să ordoneze anumite acțiuni în funcție de momentul respectiv: dimineata se trezește, seara aprinde lumina, vara este cald, iar iarna vine cu zăpadă și frig.

Termenul de ritm, în contextul structurii temporale, cuprinde noțiunile de ordine, succesiune, durată și alternanță, desfășurate în solitar sau armonizate cu muzica, ceea ce conferă mișcării un plus de cursivitate și de execuție mai corectă.

Tulburările de orientare temporală sînt determinate de cauze motrice, psihomotrice și psihologice. Tulburările pe plan motric sînt puse în relație cu ritmul uniform al respirației sau cu eventuale tulburări auditive. Contextul sonor, transpus în ritm, asigură o mai bună reglare a mișcărilor corpului, asigurînd armonia dintre suflet și ritmul mișcării. Tulburările pe plan psihomotric sînt caracterizate prin incapacitatea de organizare, structurare și orientare spațială și de schemă corporală, ceea ce atrage după sine dificultăți evidente de orientare temporală. Tulburările pe plan psihologic, întîlnite în asemenea situații, au la origine, în marea majoritate a cazurilor, conviețuirea într-un mediu familial ce nu este orientat corespunzător cu cerințele de creștere și educare a unui copil.

Procesul de reeducare a unui copil cu tulburări sau dificultăți psihomotrice trebuie să fie orientat, în ceea ce privește structura temporală, în strict acord cu observațiile potrivit cărora este util ca, într-o primă etapă, să obișnuim copilul să se servească de corpul său (mîini, picioare) sau de exprimare verbală, pentru a accede la o fracționare a timpului, pentru a învăța să-l măsoare. Este motivul pentru care se propune ca exercițiile să aibă aspect dominant ludic, pentru a opera fără constrîngerii trecerea de la un ritm personal la un ritm impus, care va ajuta copilul să-și structureze comportamentul și organizarea temporo-spațială.

În acest sens, educarea sau reeducarea psihomotrică nu se pot organiza în condiții optime decît pornind de la coordonatele care sînt în relație cu aspectele legate de principalele forme de exprimare a tulburărilor temporale: *ordinea și succesiunea în desfășurarea acțiunilor propuse*.

Ca forme de manifestare ale acestei tulburări, pe prim-plan se regăsește incapacitatea copilului de a înțelege ce reprezintă ordinea în desfășurarea unei acțiuni și nici succesiunea unor fenomene, care se desfășoară în mod concret.

În acest sens, terapeutul are în vedere gradarea corespunzătoare a acestor componente și orientarea preocupărilor sale, asupra modului în care copilul înțelege să folosească în mod corespunzător termenii care definesc acțiunile temporale cele mai simple. Pentru realizarea acestor obiective, considerate prioritare, terapeutul îi solicită copilului să ducă brațele întinse în față, apoi în sus și în jos pe lîngă corp, cerîndu-i apoi să precizeze ordinea în care a deplasat brațele.

Pentru a-l face pe copil să discearnă ce reprezintă termenii de *înainte* și *după*, copilul este întebat ce a făcut *înainte* de a veni la cabinet, iar, *după* ce va pleca, unde se va duce. Este important pentru copil să verbalizeze fiecare acțiune pe care o execută, ceea ce va contribui la consolidarea cunoștințelor sale privitoare la locul său în familie și societate.

Între termenii care trebuie reținuți, sînt: *în primul rînd* sau *în al doilea rînd*, care se referă la modul în care a înțeles care este ordinea în care sînt executate unele acțiuni, în relațiile sale cu partenerii de joacă și cu familia: în primul rînd, trebuie să ridice mingea de jos, iar în al doilea rînd, să o transmită partenerului; cînd intră într-o casa, în primul rînd, trebuie să spună bună ziua, iar în al doilea rînd, să spună pentru ce a venit.

Se insistă pentru a înțelege corect noțiunile de *ieri*, *azi* și *mîine*; terapeutul pune pe masă desenele pe care le-au executat cu o zi înainte; cînd ai făcut acest desen?



copilul trebuie să răspundă *ieri*, ce desen facem astăzi? copilul va răspunde: azi lucrez la acest desen.

Mai dificilă este stabilirea noțiunii de *mîine*, pentru care terapeutul începe să-i povestească ce a făcut *ieri* la școală, ce a învățat astăzi și să-i sugereze ce anume are de pregătit pentru *mîine*.

Un alt aspect important se referă la stabilirea ordinii în care sînt văzute și auzite unele activități; terapeutul bate din palme, tușește, vorbește și cîntă; i se cere copilului să spună ordinea în care a auzit sunetele produse de către terapeut; i se cere copilului să reproducă un grupaj de mișcări pe care îl prezintă terapeutul; atenția va fi orientată asupra redării corecte a succesiunii mișcărilor prezentate.

Cu aceleași intenții de educare a percepției despre succesiune, sînt plasate pe masă unele obiecte viu colorate, într-o ordine precisă. I se cere copilului să spună ordinea în care au fost așezate obiectele, după ce ele au fost adunate de către terapeut. După aceasta, terapeutul oferă copilului obiectele pentru a fi așezate, în aceeași ordine. La o a doua prezentare, copilul trebuie să rețină cum au fost așezate obiectele fără a mai primi indicații din partea terapeutului.

Un alt domeniu de desfășurare în succesiunea temporală este cel circadian, care îi cere copilului să prezinte ordinea cronologică în care sînt executate unele gesturi din viața cotidiană: la ce oră s-a trezit dimineața, merge imediat sau nu la baie, în ce ordine se îmbracă? după ce s-a îmbrăcat, ce face? după ce ia micul dejun, ce face? ce face seara înainte de culcare? care este ordinea pregătirii pentru a se așeza în pat?

Gama acestei „gimnastici mentale” este extrem de largă și rămîne, în funcție de caz, la latitudinea terapeutului să utilizeze cel mai potrivit procedeu.

### ***Acțiuni ale percepției motrice***

Se cere copilului să memoreze ordinea în care sînt prezentate unele imagini. Sînt prezentate imagini ce cuprind mai multe aspecte din natură. I se cere să le ordoneze în funcție de realitatea pe care o reprezintă. Din imaginile prezentate, să redea unele aspecte fără a avea modelul în față. Să prezinte prin desen familia sa, pentru a constata locul pe care-l ocupă în familie. Să prezinte unele imagini legate de activitatea unui școlar, în ordinea lor concretă, reală: ajunge la școală, intră în clasă, își pregătește materialele pentru lecția ce urmează.

### ***Noțiunea de timp***

Copilul trebuie să-și formeze discernămîntul despre o acțiune care durează mult și una care durează puțin. Pentru exemplificare, terapeutul prezintă situația unui copil care locuiește peste drum de școală și a altuia care locuiește la capătul străzii. Este evident că timpul parcurs de acasă pînă la școală va fi mai scurt pentru cel ce stă la o distanță mai mică de școală.

### ***Noțiunea de durată a intervalelor***

Sînt asigurate condițiile necesare pentru a percepe ce este timpul scurt și lung.

Terapeutul rostogolește simultan o minge medicinală și una de baschet (ambele să aibă aceeași mărime). I se cere copilului să precizeze care minge se rostogolește mai repede și care mai încet.

Se organizează jocul „Cine este mai rapid”. Terapeutul rostogolește o minge. Îi cere copilului să alerge pentru a afla cine este mai rapid, copilul sau mingea? Se repetă jocul, dar mingea este rostogolită de un copil. I se cere să sufle într-un fluier încet și tare, apoi să execute un fluierat scurt și unul lung. Se urmărește cât de mult poate sufla dintr-o singură inspirație.

### Noțiunea de interval (ca spațiu)

Sînt plasate pe sol patru sau cinci mingi medicinale. I se cere copilului să execute pași laterali și să lovească fiecare minge cu vârful unui picior. După ce repetă de 2-3 ori exercițiul, este legat la ochi, i se solicită să se deplaseze spre înapoi și să lovească cu celălalt picior mingile. Se constată că apar dificultăți, întrucît copilul nu execută pașii la același interval, ca atunci cînd a văzut mingile.

### Noțiunea de viteză

Pentru a-l determina pe copil să facă diferența între ceva ce este „mai repede” sau „mai încet” se prezintă copilului imagini care redau o căruță, o mașină, un călăreț, un avion, un biciclist, un tren; i se cere copilului să așeze imaginile în funcție de viteza lor de deplasare.

Să povestească o acțiune care să cuprindă termenii de *tîrziu* și *devreme* și care să fie legată de momentul în care pleacă la școală; stau departe de școală, pentru a ajunge la ore, trebuie să plec mai devreme; eu stau aproape de școală, așa că mă trezesc mai tîrziu decît colegul meu; cît timp stă tatăl tău la serviciu? toată ziua; dar tu la școală, cîte ore stai? stai patru-cinci ore; cine vine mai devreme acasă și cine vine mai tîrziu?

### Revenirea ciclică a unor perioade

I se prezintă copilului imagini care redau dimineata, cînd răsare soarele, iar alta, seara, cînd apare luna. I se cere să precizeze care acțiuni se fac dimineata și care seara.

Se prezintă imagini care redau „anotimpurile”: vara și iarna, primăvara și toamna. Copilul trebuie să descrie ce acțiuni mai importante se fac în fiecare anotimp, cum se îmbracă pentru a se simți bine, cînd poartă căciula și mănuși, cînd merge la scîldat, cînd poartă palton și cînd poartă pantaloni scurți.

Pentru a răspunde la întrebări care încep cu „cînd”, terapeutul pune întrebări de genul: cînd îți pregătești lecțiile, cînd te plimbi cu bicicleta, cînd folosești schiurile?

Sînt prezentate imagini specifice fiecărui anotimp. Se cere copilului să spună ce anotimp reprezintă fiecare imagine. Ce activități se fac în fiecare anotimp.

### Acțiuni perceptiv-motorii

Se cere copilului să rețină ordina cronologică a anotimpurilor; să aibă bine stabilit numele fiecărui anotimp și care sînt cele mai importante fenomene din cadrul lui; cum se îmbracă în fiecare anotimp. Copilul trebuie să descrie hainele pe care le poartă iarna și vara, primăvara și toamna; terapeutul prezintă un șir de fenomene: începe școala, se culeg fructele, plouă mai mult; apar ghiociei, se ară, se seamănă porumbul, începe să se încălzească, se renunță la palton și la căciulă; este cald, se poate face baie, copii pleacă în vacanță; este frig, se poate folosi săniuța, copii umblă cu colindul.



Se pun întrebări privitoare la modul în care se îmbracă în funcție de anotimp. Întrebările pot fi puse de copii, iar răspunsurile sînt date de colegii lor. Terapeutul urmărește ca în acțiune să fie angajați și copii care au un grad mai mare de reținere. Ei vor fi stimulați să se angajeze în jocuri, să pună și să răspundă la întrebări.

Înșușirea zilelor săptămîinii este asociată cu unele activități. Se organizează un șotron, copilul sare în fiecare spațiu spunînd ziua în care a ajuns. De luni pînă vineri spune: „sînt la școală”, iar sîmbătă și duminică spune ce acțiuni deosebite sînt organizate în familie. În zilele săptămîinii, poate enunța obiectele de studiu din fiecare zi sau ce face după ce ajunge acasă.

### **Ritmul**

Reprezintă o formă de organizare și percepere a fenomenelor. Perceperea ritmului comportă sesizarea alternării regulate în timp a anumitor grupe de stimuli și reliefaarea unora prin accentuare.

Format în decursul activităților individuale, ritmul are un rol pozitiv în organizarea proceselor de excitație și de inhibiție din școală, în sistematizarea lor, reflectate în exercițiile ritmice ciclice. Totodată, datorită acestei sistematizări, ritmul dă o mai mare posibilitate de lucru programului decît în exercițiile aritmice (M. Epuran, 1976, p. 137).

Noțiunea de ritm are două sensuri. Primul sens este legat de modul de a fi al copilului, modul de a aborda mișcarea concretizată prin încetineală sau rapiditate în efectuarea ei. Este ceea ce în psihomotricitate este denumit ritmul propriu al subiectului, care este în concordanță cu personalitatea sa, cu ritmul său de viață.

Al doilea sens este orientat spre înțelegerea fiecărei etape ca unitate, în care cadența, mai mult sau mai puțin rapidă, mai mult sau mai puțin regulată, mai mult sau mai puțin puternică, creează un context sonor exterior, „poate asigura o funcție reglatoare, putînd acționa ca un factor de armonie asupra corpului” (G.B. Soubiran, 1975, p. 119).

Pentru a realiza cadența, este necesar să se pornească de la angajarea personală a copilului, care, lovînd cu mîinile sau cu picioarele în sol sau în tamburină, încearcă să se adapteze acestui ritm impus. Este modalitatea de a realiza un control eficient și constant, ceea ce conduce la starea de stăpînire de sine, iar consecințele sînt de natură să dea satisfacție prin achizițiile dobîndite.

Terapeutul prezintă cele trei forme de ritm: lent, mediu, rapid. În funcție de posibilitățile sale, copilul alege tipul de ritm, pe care îl exprimă prin bătăi de palme sau lovirea ușoară a mesei. După ce a ales tipul de ritm care i se potrivește cel mai bine, copilul se deplasează în ritmul impus de sunetul de tamburină.

Atenția terapeutului trebuie să fie îndreptată asupra modului în care organizează acțiunile, fiind cunoscut că ritmul de deplasare este mai dificil de executat decît ritmul executat „pe loc”.

În aceste condiții sînt implicate, pe lîngă mișcarea brațelor, în alternanță cu cea a picioarelor, și componentele de sprijin în echilibru, ceea ce pentru copilul cu tulburări psihomotrice reprezintă o mare dificultate.

Mersul, alergarea, săriturile, aruncările sînt acțiuni ce pot fi executate într-o succesiune ritmică, în care componentele structurale se derulează permițînd corpului

să se adapteze la respectivele solicitări. În condițiile în care se adoptă un ritm care este în acord cu particularitățile individuale, oboseala este resimțită mai puțin, ceea ce permite efectuarea efortului pe o durată mai mare de timp.

Pentru a obișnui copilul cu un anumit ritm, se apelează la modalitatea de autoimpunere a unui ritm prin implicarea în acțiunea de lovire, cu coatele, palmele, genunchii și chiar cu coapsele pentru a produce sunete ritmate, ceea ce contribuie la verificarea cunoșterii schemei corporale, pe lângă imprimarea sonoră a unui ritm.

I se cere copilului să asculte ritmul produs de tobă și să pășească în acord cu acest ritm. Este de precizat că ritmul este, la început mediu, întrucât ritmul lent este mai dificil de executat. După ce copilul a înțeles modul în care trebuie să armonizeze mișcarea picioarelor cu sunetul tobei sau tamburinei, se trece la un ritm mai susținut, urmărind să execute corect mișcarea picioarelor. Sînt situații cînd copilul, la un ritm mai rapid, mărește pasul, în loc să-l adapteze la nivelul ritmului.

După ce înțelege care este relația dintre ritm și amplitudinea mișcării piciorului, copilul reușește să se adapteze la cele trei tipuri de ritm.

Pentru a asigura cele mai potrivite mijloace de formare și educare a simțului ritmului, terapeutul utilizează, cu bune rezultate, acțiuni în care componenta ludică este pusă în centrul atenției.

Exemplu: Sînt selecționați trei copii, care primesc roluri precise: un copil va îndeplini rolul melcului, al doilea, rolul broaștei, al treilea, rolul veveriței; după ce sînt întrebați dacă știu cît de repede sau de încet se deplasează cele trei animale, se precizează că melcul merge cel mai încet, broasca se deplasează mai repede decît melcul, dar mai încet decît veverița iar veverița, se deplasează cel mai repede.

După ce copilul a înțeles și poate acționa, în ritmul impus de terapeut prin intermediul tamburinei sau a muzicii, se poate trece la efectuarea pașilor de dans popular sau a dansului modern.

În continuare, pe măsura achizițiilor făcute se trece la executarea ritmică a unor sărituri în care să alterneze săriturile cu ambele picioare apropiate și cele cu depărtarea sau apropierea picioarelor.

Trebuie precizat faptul că săriturile pot fi executate prin imprimarea unui anumit ritm de lucru, impus fie de muzică fie de lovirea de către terapeut a tamburinei.

Se execută deplasare în ritm mediu, cu bătai din palme înainte și înapoi, brațele fiind întinse. Se execută deplasare în ritm mediu cu bătai din palme pe coapse și deasupra capului, brațele fiind întinse. După un număr de repetări, se poate executa acest grupaj de exerciții și în condițiile unui ritm mai rapid.

### *Parcurs aplicativ cu sărituri ritmate:*

Cîte doi copii execută: patru pași de mers în ritmul tamburinei; patru sărituri cu depărtarea și apropierea picioarelor; două sărituri pe piciorul drept – două sărituri pe piciorul stîng – patru sărituri pe ambele picioare; cîștigă cel ce a parcurs traseul în ritmul tamburinei, cel ce a ajuns primul la linia de sosire.

Sala este împărțită în trei sectoare; cîte trei copii la linia de plecare; cînd aud tamburina, parcurg primul sector în ritm lent, cînd ajung în sectorul doi trebuie să se deplaseze în ritm mediu, iar cînd ajung în sectorul trei trebuie să se deplaseze în ritm rapid; cîștigă cel care a respectat ritmul și ajunge primul la linia de sosire. Înainte de



desfășurarea parcursului, terapeutul precizează, încă o dată, cum se execută fiecare tip de ritm.

### **Evaluarea structurii temporale**

Orientarea temporală nu este o funcție, un plan sau o latură a vieții psihologice, ci o resultantă a eficienței funcției gnoseologice, cât și a cîmpului de cunoștințe (P. Arcan, D. Ciumărgeanu, 1980, p. 121). Orientarea temporală are ca reper „prezentul meu”, pe cînd orientarea spațială are ca punct de referință „spațiul propriu”. Este cunoscut că timpul are o direcție liniară, poate fi parcurs într-un singur sens, prin care se reține trecutul, se trăiește prezentul și se imaginează viitorul.

Orientarea temporală pune în valoare capacitatea copilului de a acționa în raport de:

- *alternarea evenimentelor* – înainte, după, în timp optim;
- *durata intervalelor* – scurt, mediu, lung;
- *ritmul de lucru* – uniform, sacadat, intermitent;
- *cadența* – viteza de repetare a unei acțiuni, lentă, rapidă;
- *ciclicitatea perioadelor de timp* – zi, săptămîină, lună, anotimp.

În funcție de aceste componente, terapeutul își organizează activitatea de evaluare a potențialului de recunoaștere, exprimare și utilizare a structurii temporale.

Dobîndirea structurii temporale parcurge un drum mai lung decît al altor structuri perceptiv-motrice. Se motivează această situație prin faptul că este o noțiune abstractă pe care copilul o va înțelege o dată cu creșterea și dezvoltarea, dar și cu condițiile de mediu familial și de educație.

În procesul de dobîndire a structurii temporale, copilul întîmpină unele dificultăți care pot conduce la apariția unor tulburări ce pot avea drept cauze manifestări de natură motrică, consecința unor șocuri afective; stări de insecuritate oferite de familie; dezorganizarea vieții prin lipsa unui program coerent, cu puncte stabile de orientare și de organizare; de natură psihomotrică; consecința unor tulburări perceptiv-motrice de schemă corporală, de lateralitate și orientare spațială.

În urma testării copiilor, se pot evidenția unele tulburări legate și de coordonatele temporale, ceea ce confirmă existența unor structuri patologice pe plan psihologic și psihomotric, alături de cele motrice.

### **Evaluarea nivelului structurii temporale**

Pornind de la simptomele ce pun în evidență tulburările de structură temporală, terapeutul folosește o serie de teste, prin intermediul cărora poate reliefa nivelul posibilităților copilului la momentul respectiv.

*Capacitatea de a percepe intervalele.* Terapeutul îi spune copilului: te deplasezi spre școală, într-o zi mergi, în altă zi alergi; timpul necesar pentru a ajunge la școală este cînd mai lung, cînd mai scurt; îi arată o imagine în care sînt prezentate: o motoretă, o motocicletă, o mașină și un biciclist (la linia de plecare); i se solicită copilului să precizeze cine se deplasează mai repede și cine se deplasează mai încet; i se prezintă o imagine cu patru copii: unul este în costum de baie, altul are palton, mănuși și căciulă, alt copil are pardesiu și o umbrelă, altul se deplasează numai în costum; să precizeze în ce anotimp este fiecare copil „după modul în care este

îmbrăcat”; imagine cu un copil în centru, în dreapta, deasupra și în stînga este reprezentat soarele care lasă pe sol umbra copilului. Să precizeze în ce moment al zilei se află umbra lasată de soare.

*Capacitatea de a percepe ordinea și succesiunea.* Pentru a realiza acest deziderat, se prezintă o imagine în care copiii sînt așezați o dată în șir și apoi în rînd; copilul trebuie să precizeze cînd sînt așezați unul lîngă altul și cînd unul după altul; o imagine în care doi copii plasați unul cu fața, celălalt cu spatele: pe sol sînt plasate două mingi – copilul trebuie să precizeze cine are mingea înaintea lui și cine o are după el; îi sînt prezentate cinci mingi de diferite mărimi: de tenis de cîmp, de tenis de masă, oină, fotbal și baschet – copilul trebuie să precizeze care minge este cea mai mare, care minge este cea mai mică; să le așeze în ordine crescătoare, după un timp, în ordine descrescătoare; se prezintă imagini cu o pisică, un cîine, un șoarece, un cal, un elefant, care au aceleași dimensiuni pe imaginile respective; copilul este solicitat să așeze imaginile după mărimea reală a fiecărui animal, de la cel mai mic la cel mai mare (după un timp, i se cere să le așeze în ordine de la cel mai mare la cel mai mic).

Terapeutul are plasate sub masa de lucru: un claxon, un ciocan, un clopot, o brichetă, o foie de hîrtie (ce pot fi înregistrate și pe bandă magnetică) -- copilul este invitat să precizeze ordinea în care a auzit sunetele și de cine au fost emise.

### **Reeducarea structurii ritmice**

Terapeutul, cu un creion, bate în masă, tactul ce poate avea frecvența de o-o-o (lovire, pauză, lovire etc.). Bătăile pot fi grupate astfel: a) o-oo-o-oo-etc.; b) oo-oo-oo-etc.; c) o-oo-o-oo-etc.

*Procedul de lucru:* terapeutul este plasat în fața copilului cu mîinile sub nivelul mesei (se poate plasa un mic ecran), copilul nu trebuie să vadă mîinile pentru a nu-i oferi reperul după care să se conducă. I se solicită să execute aceleași lovituri pe care le aude executate de terapeut.

Atenție! Se urmărește modul în care copilul se încadrează în ritmul impus de terapeut; se observă mimica pe care o are copilul în timpul lucrului, ceea ce oferă date despre starea de disperare, care atestă prezența anxietăților, fapt ce determină să nu mai fie continuată testarea.

Cînd terapeutul dispune de un metronom, se poate utiliza una din cele trei viteze: lent, mijlociu sau rapid, solicitîndu-i copilului să acționeze simultan cu mîinile și picioarele în ritmul impus de metronom. După un timp, trece la o altă formă de reproducere a structurii. I se prezintă copilului forma grafică a structurilor temporale, solicitîndu-i să le reproducă prin lovirea mesei cu creionul.

Cu acest prilej, terapeutul poate evalua modul de înțelegere de către copil a semnelor grafice; conexiunea care se stabilește între două puncte și spațiul care le desparte; spațiul și timpul care despart două bătăi cu creionul.

Aplicarea bateriei de teste oferă terapeutului posibilitatea de a evalua structurile de natură motrică, psihologică și psihomotrică afectate; simptomele evidente, cît și formele fruste de manifestare, eventual gradul de conștientizare a acestor tulburări, cît și disponibilitatea copilului de a coopera în procesul de recuperare.



## JOCUL ȘI ROLUL LUI ÎN PROCESUL DE EDUCARE ȘI REEDUCARE PSIHOMOTRICĂ

Prin intermediul jocului, copilul își satisface nevoia de activitate, de acționare asupra obiectelor și de transpunere în situații diferite. Practic, copilul descoperă lumea prin intermediul jocului.

Jocul este mijlocul prin care copilul câștigă anumite deprinderi fizice, cognitive și sociale. În timpul jocului, copilul experimentează anumite acțiuni, care ulterior vor fi combinate cu alte deprinderi mai complexe. Astfel, inițial copilul mînuiește piesele unui joc, apoi va încerca să realizeze cîteva combinații, pentru ca în final să ajungă la adevărate construcții. În acest fel, copilul reușește să rezolve unele probleme și să înțeleagă modul de folosire a unor obiecte.

Jocul este pentru copil ceea ce munca este pentru un adult. Atunci cînd copilul este interesat de un anumit joc, el participă cu intensitate, concentrîndu-și întreaga energie asupra a ceea ce face. În acest context, jocul *stimulează* copilul pe mai *multe planuri*: senzoriomotor, intelectual, social, creativ, al conștiinței de sine, moral și chiar terapeutic (L. Whaley, p. 131, 1987).

Inițial, copilul mic acționează prin imitație, pornind de la anumite modele, iar unele gesturi sînt descoperite întîmplător, pentru ca, mai tîrziu, ele să poată fi reproduse. Imitația tîrzie și repetarea gestului descoperit întîmplător demonstrează un început de reprezentare mentală a actului motric.

Pentru început, copilul realizează jocuri-exerciții prin care își descoperă propriul corp. Treptat, el va trece la acțiunea asupra obiectelor, pentru a ajunge în final la utilizarea lor.

Acceptînd postulatele amintite mai sus, din care rezultă că mișcarea întîi se descoperă și după aceea se perfecționează sau se modifică într-o altă direcție, trebuie să admitem că aceasta este și calea prin care se experimentează și se îmbunătățesc resursele *senzoriomotrice* ale copilului.

În timpul jocului, copilul inventează și repetă anumite mișcări, fapt ce va contribui la dezvoltarea treptată a *gîndirii*, *memoriei* și *creativității*.

Jocul de ficțiune îi permite copilului să reproducă realitatea cu ajutorul jucăriilor. În timpul jocului, realitatea este adaptată la posibilitățile copilului, astfel că acesta trebuie să găsească anumite soluții ce reflectă dorințele sale. Acest efort de rezolvare a problemelor îi permite copilului să înțeleagă realitatea, să treacă peste anumite dificultăți și să-și dezvolte *conștiința de sine*. *Creativitatea* se dezvoltă cu precădere în timpul activităților individuale. În timp ce se joacă, imaginația copilului are frîu liber, ajungînd la rezolvări personale ale problemelor, ce apelează la idei vechi pentru a reuși să rezolve situații mai noi.

În relația sa cu adultul, copilul își dezvoltă conștiința despre *morală*, pornind de la conceptul recompensă-pedeapsă. În colectivitate, în cadrul jocurilor cu reguli impuse, se dezvoltă *spiritul de grup*, în care regulile trebuie respectate cu rigurozitate.

*Terapia prin joc* se adresează copiilor cu probleme de sănătate. Pentru acești copii afirmația „fă aceste exerciții pentru sănătatea ta” nu este suficientă. Jocul le permite specialiștilor să ajungă la executarea de către copil a anumitor acte motrice. În timpul jocului regulile se pot modifica în funcție de necesitățile terapeutice. Astfel, se începe acțiunea în poziția așezat, apoi culcat și în picioare. Un anumit gest se execută inițial cu o mână, apoi cu cealaltă și, în final, cu ambele. Terapia prin joc asigură copilului calm și securitate, alături de stimularea necesară recuperării deficienței. Programul începe cu antrenarea gesturilor necesare vieții zilnice (îmbrăcat, spălat, mâncat independent), urmată de antrenarea gesturilor complexe ce pregătesc activitatea de scris și de învățare a unei meserii (Y. Lindquist, 1985, p.11).

Copiii cu probleme de motricitate nu trebuie excluși de la jocurile caracteristice celor sănătoși. Astfel, ei se pot juca cu plastilină pentru a realiza diverse modele sau să spele cu apă jucăriile, turnând apă dintr-un vas în celălalt. Ei pot fi antrenați în jocuri de construcție, de desen sau modelaj, aceste jocuri stimulând abilitățile manuale. Un loc de seamă îl ocupă jocurile executate cu membrele superioare. Activitățile gospodărești imitate cu ajutorul jucăriilor stimulează actele motrice în care se regăsesc activitățile casnice și gospodărești, ce reclamă o gamă largă de mișcări și gesturi de mare precizie.

Copiii cu retard mental lejer se integrează rapid în grupul de joacă, deși suportă greu agitația din jurul lor. Ei sînt ușor de antrenat în jocuri bazate pe imitația activităților adulților, cum ar fi spălarea vaselor sau îngrijirea păpușii. Copiii mai mari pot face diverse decorațiuni cu ajutorul frunzelor, al hîrtiei colorate sau al paietelor. Rezultatul activității trebuie admirat de persoanele din jur, mai ales în cazul copiilor cu retard mental, care au nevoie de această încurajare.

La acești copii se mai poate folosi jocul cu apă și nisip, jocul cu marionete și angajarea lor artistică (coruri, orchestre).

### Clasificarea jocurilor

Deși este extrem de dificil de realizat o clasificare cuprinzătoare a jocurilor, specialiștii au propus o astfel de clasificare, pornind de la funcțiile acestora. În acest context, au fost identificate jocurile senzorio-motorii, cele care stimulează dezvoltarea inteligenței, a relațiilor sociale și spiritul de întrecere între copii, sentiment ce va fi la baza atracției copilului pentru jocurile sportive.

*Jocurile senzorio-motorii* sînt caracteristice primilor ani de viață. Este vorba de jocuri simple, în care copilul este atras de formă, culoare și sunet. Gesturile copilului sînt repetitive pentru acțiunea de aruncare și primire a unei jucării. Treptat, copilul evoluează către etapa în care jucăria este manevrată pentru a produce o anumită lumină sau zgomot.

După vîrsta de un an copilul devine independent, avînd o capacitate crescută de explorare a mediului înconjurător. Jocurile senzorio-motrice se orientează către activități de alergare, săritură cu ambele picioare și într-un picior, legănare, cățărare.

Treptat, abilitățile motrice se perfecționează, astfel că jocurile sînt orientate către cățărarea pe un copac, săritura cu coarda, folosirea patinelor sau mersul pe bicicletă.



Inițial, copilul se joacă cu propriul corp, pe care, treptat, ajunge să îl cunoască și să-l stăpânească din ce în ce mai bine, elocventă în acest sens fiind preocuparea sa pentru degetele de la mână și picioare. După această primă etapă, în care jocul cu extremitățile sale are valoare de exercițiu, copilul trece într-o etapă a *jocului cu diverse obiecte*, sau jucării pe care începe să le examineze cu atenție.

În final, *jocul devine funcțional* copilul începând să repete la nesfârșit anumite gesturi. El sare într-un picior pe distanțe din ce în ce mai mari, aruncă mingea cât mai departe, umple și golește recipiente, frământă plastilină.

*Jocul elaborat* reprezintă o etapă superioară de organizare a mișcării, ce stimulează copilul să desfășoare activități complexe, care solicită toate capacitățile acestuia. Jocul elaborat prezintă două caracteristici esențiale: se înscrie cu un scop și o anumită semnificație pentru copil; permite copilului să-și evalueze singur progresul realizat.

Aceste jocuri elaborate reprezintă o provocare de natură *cognitivă*. În cadrul jocurilor elaborate este importantă evaluarea calității jocului. S-a ajuns la concluzia că jocurile spontane au un nivel modest de complexitate, pe când cele didactice au un nivel adecvat de complexitate cognitivă.

În funcție de conținutul lor, jocurile pot fi spontane, dirijate sau organizate.

*Jocurile spontane* sînt cele în care dirijarea adultului lipsește cu desăvîrșire. Aceste jocuri sînt caracteristice perioadelor de relaxare și sînt reprezentate de cel de exersare, simbolic, cu reguli și de construcție.

Jocul de exersare se manifestă și pe plan intelectual, implicînd repetarea unei poezii, construirea unor propoziții pe o anumită temă sau inventarea unei anumite povestiri cu un conținut neverosimil.

Jocul simbolic sau de creație reproduce anumite activități caracteristice familiei. În cadrul acestui joc copilul își exprimă liber dorințele, frica și aspirațiile neîmplinite. El transformă realitatea adaptînd-o la posibilitățile și speranțele sale. Copilul se joacă de-a familia, de-a doctorul, folosind jucăriile pentru a reproduce anumite situații (J. Le Camus, 1984, p. 84).

Treptat copilul avansează către jocul cu rol, în care se reproduce un anumit personaj. Copilul imită anumite atitudini sau exprimări verbale caracteristice personajului.

În perioada de preșcolar (4-6 ani), jocul simbolic evoluează către jocul cu mai multe roluri, coordonate datorită creșterii posibilităților de simbolizare (H. Barbu, 1994, p. 62).

Jocul cu reguli are două caracteristici de bază, reprezentate de existența unor reguli și a spiritului competitiv. În perioada de preșcolar regulile sînt arbitrar, fiind inventate de copii și variînd în funcție de situație. Treptat, se ajunge la jocul cu reguli bine stabilite, ce trebuie respectate de toți participanții de 8-10 ani.

În cadrul jocului de construcție, copilul poate să-și folosească din plin imaginația. Aceste jocuri solicită intens reprezentarea spațială și abilitățile manuale. Pornind de la un număr limitat de construcții, copiii pot ajunge la un număr nelimitat de obiecte realizate cu ajutorul pieselor ce se assemblează (P. Meilă, 1988, p. 295).

*Jocurile dirijate* implică atenta supraveghere a adulților, ce intervin doar atunci cînd este nevoie. Adulții intervin frecvent prin sugestii verbale, dar uneori ei trebuie să acționeze ca un model de rol. Aceste jocuri favorizează dezvoltarea cogni-

tivă, socială și verbală a copiilor. În cadrul acestor jocuri, un rol important revine stimulării verbale, realizată prin implicarea adulților (A. Birch, 2000, p. 85).

*Jocurile organizate* de adulți au caracter didactic, permițând trecerea către activitatea de învățare. Jocurile didactice facilitează procesul de asimilare, fixare și consolidare a cunoștințelor. Jocurile didactice le permit copiilor să învețe activ, participativ. Aceste jocuri reprezintă o formă de învățare accesibilă și atractivă care corespunde caracteristicilor elevilor din clasele I-IV și a celor cu retard mental. Materialul didactic folosit în timpul jocului crește eficiența învățării. Jocul cuprinde o serie de sarcini didactice, ce contribuie la exersarea deprinderilor și la consolidarea cunoștințelor. Jocul didactic reprezintă un element de sprijin în activitatea de învățare, element esențial pentru elevii cu retard mental.

În școlile ajutătoare și în învățământul primar de masă, jocul didactic se poate organiza la toate disciplinele și în orice moment al lecției. Se pot organiza: *jocuri senzoriale*, în care elevul recunoaște un obiect prin pipăire sau miros; *jocuri de apreciere a percepției vizuale*, în cadrul cărora elevul reface o imagine din bucăți; *loto cu imagini*, în care se aleg elementele asemănătoare sau diferite; *jocuri de construcție*, pornind de la anumite modele; *jocuri muzicale*, în care elevul recunoaște și reproduce anumite sunete și ritmuri.

Pentru a deveni joc, activitatea didactică trebuie să includă elementele caracteristice jocului: surpriza, așteptarea, întrecerea. De exemplu, copilul poate aduna cifrele scrise în colțurile unei stele sau pe petalele unei flori sau număra păpușile, urșii, jucăriile, biscuiții, bomboanele etc.

În timpul jocului, copilul vine în contact cu adultul și cu alți copii, astfel că treptat se dezvoltă *relațiile sociale*.

Inițial, copilul se joacă singur cu jucăriile. Apare astfel jocul *solitar independent*, caracteristic primilor doi ani de viață. Urmează *etapa de spectator*, în care el stă pe margine, urmărind totuși jocul altor copii. Uneori întreabă sau dă sugestii, dar nu intră în joc.

Treptat, se ajunge la *jocul paralel*, când copiii se joacă cu aceleași jucării, în preajma altor copii, dar fără a exista interacțiuni între ei.

Copilul preșcolar începe să se joace cu un alt copil, folosind aceleași jucării. Apare astfel *jocul asociativ*, în care activitatea nu este organizată sau divizată și nici identică (K. Berger, 1986, p. 322).

Preșcolarul mare ajunge la etapa de *joc cooperativ*, în care grupul este organizat și se află sub conducerea unui lider. Inițial, grupul de joacă este liber format, dar, treptat, el se structurează, transformându-se într-o adevărată societate a copiilor. Aceste schimbări durează câțiva ani, grupul fiind bine definit abia în perioada pubertară și de adolescență.

În final, se ajunge la *jocul competitiv*, caracteristic jocurilor sportive.

*Jocurile sportive* sînt caracteristice perioadei școlare, când apar preocupări pentru rezultat și competiție. Aceste jocuri se desfășoară în echipă și dezvoltă forța, agilitatea, rezistența, perseverența și spiritul colectiv. În cadrul jocurilor sportive, există reguli bine stabilite, care nu pot fi schimbate de participanți (P. Meilă, 1988, p. 308).

Jocurile sportive sînt jocuri competitive în care combatanții se confruntă în mod corect, respectîndu-și adversarul. Tinerii au astfel posibilitatea autoafirmării și



renunțării la interesul propriu în fața celui colectiv. Aceste jocuri sînt stimulative atît pentru tinerii cu deficiențe fizice cît și pentru cei cu retard mental. Părinții trebuie să supravegheze jocul copiilor de vîrstă mică sau cu probleme de sănătate. Rolul lor nu trebuie să fie numai de supraveghere și protecție, ei trebuie să intervină activ în antrenarea lor în jocuri din ce în ce mai complicate. Este greșit ce cred unii părinții, că un copil nu are nevoie de asistență în timpul jocului. Copilul, mai ales cel cu tulburări psihomotrice, are nevoie de încurajare și de stimulare pentru a se angaja în joc. De asemenea, rezultatele bune obținute trebuie apreciate de cei din jur. Copilul cu deficiență fizică sau cu retard mental trebuie stimulat și orientat către activități de joc, în care el trebuie să exploreze și să atingă obiectele și să le recunoască, iar apoi să pună numeroase întrebări adulților.

### **Conținutul și organizarea jocului**

Jocul implică două aspecte de bază: fizic și relațional. Aspectul fizic vizează formarea abilităților de apucare și de manevrare, care, prin repetare și prin angrenare a segmentelor corporale, conduc la formarea deprinderilor motrice. Aspectul relațional capătă consistență în momentul în care copilul vine în contact cu un alt copil sau cu un adult. Jocul, sub raportul conținutului, vizează două aspecte de bază: jocuri cu caracter educativ și jocuri cu caracter reeducativ.

*Jocul cu caracter educativ* constituie forma de activitate a copilului mic, a preșcolarului și școlarului. În aceste condiții, sistemul de organizare este individual și în grup, fapt ce prilejuiește copiilor multe emoții, bucurii și satisfacții.

Jocul este forma de activitate care solicită eforturi comune, contribuind, în mare măsură, la formarea deprinderilor și la dezvoltarea calităților motrice.

Jocurile cu caracter educativ vor fi concepute și conduse de așa manieră încît tema să reprezinte, pe lîngă mijlocul de stimulare și de menținere a interesului copilului, și modalitatea de realizare a principalului scop, care să-l conducă la formarea deprinderilor motrice de bază și aplicative.

*Jocul cu caracter reeducativ* prezintă particularități care îl diferențiază de cel cu caracter educativ, cum ar fi: conținutul este stabilit de către copil în funcție de trebuințele și de dificultățile sale; acțiunile se desfășoară individual; sistemul de mijloace este mult mai restrîns; se combină acțiunile motrice cu verbalizarea fiecărei mișcări pe care o execută copilul; terapeutul se poate implica în acțiunile de joc pentru a susține, orienta și asigura desfășurarea jocului; regulile de joc, la început, sînt stabilite de către copil. Pe parcurs, terapeutul introduce reguli care se constituie în componente ale procesului de reeducare.

Tipurile de jocuri ale copilului cu tulburări sau dificultăți psihomotrice se pot organiza sub formă de: jocuri cu acțiuni reale și jocuri cu acțiuni imaginare.

*Jocurile cu acțiuni reale* oferă terapeutului posibilitatea de a utiliza o paletă largă de mijloace prin intermediul cărora să poată interveni pentru a corecta anumite deprinderi și calități motrice, cît și unele tulburări de psihomotricitate. Selecționarea jocurilor reale se face în funcție de specificul tulburării, de trăsăturile de caracter și de particularitățile individuale ale copilului. Prin intermediul jocurilor reale, terapeutul poate observa trăsăturile de personalitate ale copilului, nivelul legăturilor pe care copilul le are cu ceilalți membri ai grupului, cît și complexitatea acestor legături.

*Jocurile cu acțiune imaginară* se desfășoară într-un spațiu și timp imaginar, reprezentând, de fapt, jocurile dramatice. Aceste jocuri îi oferă terapeutului posibilitatea de a identifica personalitatea copilului. Aceste jocuri sînt utilizate, cu precădere, în perioada cînd copilul înțelege conținutul acțiunii, poate îndeplini unele obiective fără a fi îndrumat sau chiar condus de către terapeut.

Aceste jocuri cuprind acțiuni familiare care, pe măsură ce copilul crește și se dezvoltă, pot deveni tot mai complexe, în sensul că se poate acorda atenție anumitor semnificații ale realității din mediul înconjurător, pe care trebuie să le redea într-o formă sintetică. În aceste condiții, copilul este pus în situația de a mima unele acțiuni pe care le vede și pe care trebuie să le redea.

În joc copilul are un rol pe care trebuie să-l îndeplinească, el trebuie să mimeze acțiunea, dar va trebui să prezinte funcția, numele, sexul personajului pe care îl reprezintă. Regula de bază a acestor jocuri este de a „face ca și cum” sau, cum afirmă copiii „adică”.

Alegerea temei îi aparține copilului, dar se stabilește o condiție esențială: nu are voie să acorde caracter distructiv sieși, partenerilor, spațiului și reeducatorului. În aceste condiții actorii vor acționa prin intermediul corpului, fără a verbaliza acțiunea. Atunci cînd intervine limbajul, acesta are rolul de a susține gestul, de a explica sau chiar de a provoca o nouă stare psihică. De fapt, limbajul are rolul de a „colora” povestirea, de a explica unele acțiuni pe care trupul nu a reușit să le prezinte. Comportamentul copilului poate fi curtenitor, gingaș sau poate deveni bătaios, dominator și toate aceste manifestări sînt în funcție de dificultățile pe care le are.

Dacă vom întîlni un copil cu dificultăți grafice la care neîndemînarea va fi accentuată, jocul pe care îl va alege va urmări să evite acele acțiuni care să ilustreze această neîndemînare. Îi va fi mult mai ușor să improvizeze acțiuni bazate pe mișcarea trunchiului, a picioarelor, dar la care mîinile să participe cît mai puțin. Dacă vom întîlni un copil care manifestă reținere, chiar teamă față de spații închise, vom organiza jocuri prin care să înlăturăm frica. Se construiește un tunel dintr-un sac fără fund, la capătul sacului se plasează un obiect pe care știm că și-l dorește. I se cere copilului să se ducă și să ia obiectul respectiv. După ce a realizat acțiunea, copilul este lăudat de către terapeut. În etapa următoare se unesc doi saci pentru a trece printre ei pentru a prelua obiectul dorit.

Un alt mod de a oferi copilului posibilitatea de a se juca în spațiu închis este reprezentat de utilizarea cutiilor mari din carton. Se desenează și se decupează de pe cutie: ferestre, uși, pentru a reda aspectul unei case. Se constată că imaginația copilului este productivă, în sensul că plăcerea de a se juca în spații mici reprezintă un atribut al copilului. Jocul, în aceste spații, oferă copilului posibilitatea de a reda aspecte din viața de familie, pe care o întîlnește în fiecare zi.

*Jocurile cu apă* sînt utilizate în timpul verii. Într-un lighean mare sau într-un bazin din plastic se pot asigura cele mai potrivite condiții pentru jocul copilului. Atenția trebuie să fie îndreptată asupra înălțimii stratului de apă, să nu depășească 20-25 cm, să fie caldă și să stea cineva lîngă copil pentru a urmări modul în care el se joacă (pentru a evita unele aspecte neplăcute). Dacă este utilizat un bazin din plastic se pot organiza jocuri cum ar fi: toboganul pe apă; urcarea și coborîrea din bazin; mișcări ale brațelor și picioarelor care să imite înotul pe burtă și pe spate; „uite, nu-i” – scufundarea capului în apă.



### *Folosirea materialelor în joc*

Terapia prin joc nu se poate lipsi de unele materiale, deși acestea nu reprezintă elementul cel mai important. În activitatea terapeutică sînt utilizate acele materiale care pot servi scopului propus. În general, se recomandă ca în activitatea reeducativă să fie utilizate materiale simple, folosite și în grădinițe, dar maniera lor de utilizare și modul în care sînt introduse în joc prezintă unele particularități. Organizarea materială este o componentă a procesului de organizare a jocului. Nu trebuie să se înțeleagă cantitatea, calitatea, diversitatea materialului, ci doar modul în care aceste materiale (simple sau complicate) pot fi utilizate în joc pentru a servi scopului propus.

În procesul de reeducare psihomotrică, prin intermediul jocului, materialele, sub raportul formei, complexității și cantității, sînt în funcție de posibilitățile de moment ale copilului (Y. Lindquist, p. 15, 1985).

Reușita în organizarea materială depinde de terapeut, de modul în care concepe și conduce activitatea de reeducare. Privind în jurul său, terapeutul trebuie să-și pună întrebarea: ce pot face cu acest material pentru a stimula activitatea copilului cu tulburări sau dificultăți psihomotrice? Ce joc pot organiza cu acest material care să trezească interesul acestui copil? Voi arăta obiectul și-l voi solicita pe copil să-mi spună ce poate să facă cu el. Acest aspect este cel mai important moment în cadrul organizării procesului de reeducare psihomotrică, întrucît i se oferă copilului posibilitatea de a pune în valoare capacitatea sa imaginativă.

Folosind acest procedeu se poate constata că plăcerea de a se juca cu un anumit material, căruia copilul i-a conferit un anumit rol, a fixat anumite reguli, a stabilit o anumită finalitate, va conduce la rezultate mult mai bune decît atunci cînd îl obligăm, îl dirijăm să utilizeze materiale standard.

Copilul, cînd este pus în situația de a alege jocul, materialele de joc, de a fixa regulile de desfășurare, de a fi lăudat cînd execută corect și de a fi corectat cînd greșește, o face cu toată seriozitatea, fiind convins că în acest fel va reuși să treacă peste pragul dificultăților pe care le are.

### **Reguli de bază în organizarea și orientarea jocului**

- Să se dea posibilitatea de a reuși, chiar dacă dificultățile sînt mari.
- Să se asigure condiții pentru a se juca cu plăcere, să simtă o bucurie, o satisfacție, atît în timpul desfășurării jocului cît și după joc.
- Nu vor fi puse la îndemîna copilului multe jucării, ci un număr mic dar bine ales, în funcție de obiectivul motric urmărit sub raportul formei, conținutului, consistenței și temei propuse, dar și dorinței copilului de a se juca cu un anumit obiect.
- În relațiile cu copii cu tulburări psihomotrice sînt situații cînd aceștia refuză să acționeze – motivul „nu pot”. Terapeutul pregătește din timp acest aspect al refuzului, introducînd regula de bază „nu există «nu pot», ci numai „încerc” și sper să reușesc.
- Se recomandă folosirea unei jucării numai după ce îi cunoaștem conținutul. În acest fel se evită unele aspecte neplăcute din tipul desfășurării procesului de reeducare.
- Cea mai mică realizare, cel mai discret semn de execuție a unei mișcări sau gest trebuie să fie cît se poate de mult apreciate, lăudate. Terapeutul trebuie să se bucure și să-l încurajeze pe copil, să trăiască bucuria unei victorii. A trece indiferent pe lîngă micile rezultate înseamnă că profesiunea este executată mecanic. Terapeutul trebuie să se bucure de bucuria copilului, să trăiască alături de el fiecare clipă de fericire, să-l încurajeze și să-i dea toată căldura sa sufletească.

## ROLUL TERAPEUTIC AL DESENULUI

Probele de desen ocupă un loc important în înțelegerea copiilor, atât pentru cunoașterea structurii lor psihologice cât și pentru depistarea celor cu tulburări sau dificultăți psihomotrice. Prin intermediul desenului se poate aprecia nivelul intelectual dar și personalitatea copilului. Limbajul copilului este încă sărac, astfel că desenul îl ajută să-și exteriorizeze emoțiile și sentimentele sale (valoarea expresivă). La rîndul lor, detaliile acestor desene reprezintă elementele care l-au influențat pe copil în sens pozitiv sau negativ. În același timp, desenul, privit în ansamblu, reflectă personalitatea copilului (valoarea proiectivă). Desenul trebuie înțeles, ca o adevărată poveste, ce oferă informații în legătură cu relația copilului cu mediul înconjurător (valoarea narativă). El dezvăluie specialiștilor zonele profunde ale personalității copilului (valoarea asociativă).

Realizarea unui desen este influențată de factori perceptiv-motrici, intelectuali și afectivi. Desenul se perfecționează progresiv pe măsură ce *abilitățile motrice* și *perceptuale* se dezvoltă. Acest progres poate fi apreciat pornind de la reproducerea unei figuri geometrice. Astfel: începînd de la 18 luni copilul reușește să țină creionul în mîină și să mîzgilească foaia de hîrtie; după vîrsta de 24 luni copilul începe să traseze linii verticale și orizontale; desenul se perfecționează prin imitația gesturilor făcute de părinți în fața copilului; astfel el prelungește o linie făcută de părinți în fața lui și închide semicercul; la 36 de luni desenează cuibul și cercul; liniile sînt desenate continuu; la 4 ani copilul reușește să deseneze după model forme închise; el desenează un pătrat; la 5 ani el desenează după model un triunghi și un dreptunghi; la 6 ani reușește să traseze linii oblice desenînd un romb (S. Bourges, 1991, p. 25).

Figurile geometrice copiate, sînt deformate la început, deformări considerate normale pentru copilul preșcolar ele datorîndu-se propriei interpretări a imaginii; absenței structurării manifestate prin trasarea unor linii, ce nu respectă modelul și care nu sînt închise; repetiției stereotipe a unui anumit element; capacității scăzute de concentrare a atenției, ce duce la apariția unor confuzii sau a orientării incorecte a desenului față de model; renunțarea la unele detalii și simplificarea desenului (conturul amintește vag de modelul reprodus); sîngăcia grafică, ce obligă la corectarea desenului, deformează și mai mult modelul reprodus; tendința spre simetrie determină repetarea desenului, pentru obținerea unor imagini simetrice pe foaia de hîrtie. Aceste deformări sînt frecvent întîlnite în desenul copilului cu retard mental. În analiza desenului geometric, trebuie să se țină cont de factorii perceptiv-motrici, intelectuali și afectivi.

Desenul geometric permite explorarea structurii spațiale și a motricității, în general. Orientarea și poziția relativă a figurilor, oferă informații legate de organizarea



spațială iar construcția unghiurilor permite cunoașterea stadiului de dezvoltare perceptiv-motrică (ce se reflectă prin maturizarea funcțiilor cerebrale).

Desenul oferă examinatorului posibilitatea aprecierii dezvoltării mentale a copilului preșcolar și a școlarului mic. De asemenea, unele retarduri sînt strîns legate de problemele afective, ce pot fi evidențiate prin desen.

Desenul se perfecționează treptat, pe măsură ce *capacitățile intelectuale* ale copilului se maturizează.

Evoluția calitativă a desenului este strîns legată de dezvoltarea reprezentărilor mentale, acesta fiind din ce în ce mai bine structurat și mai bogat în detalii. Intervenția factorilor intelectuali, este evidentă în cadrul desenului cu temă, în timp ce aprecierea evoluției desenului are la bază numărul de elemente reproduse. Ținînd cont de aceste aspecte, evoluția desenului cu temă va parcurge 4 etape: *realismul întâmplător*, apare începînd de la 18 luni, cînd mîzgîlitura reprezintă pentru copil o anumită imagine; *realismul eșuat*, apare după vîrsta de 2 ani, cînd copilul dorește să deseneze ceva, dar nu are încă abilitățile necesare; *realismul intelectual*, este caracteristic perioadei de preșcolar, în care desenul reflectă modelul interior al copilului; *realismul vizual*, este caracteristic perioadei de școlar mic, în care copilul face, prin desen, o fotografie a realității.

În etapa realismului intelectual desenul etalează următoarele particularități: *transparența*, ce implică desenarea unor detalii, care în mod normal nu se văd; la copilul cu retard mental transparența se menține și după vîrsta de 7-8 ani; *schimbarea planurilor* implică lipsa perspectivei; în desenul casei, spre exemplu, copilul desenează două laturi, dar baza laturii plasată după colț este la același nivel cu fațada; treptat se ajunge *la desenul în perspectivă*, la care baza laturii plasată după colț nu este în același plan cu fațada. (S. Bourgès, 1991, p. 25)

Cel mai cunoscut exemplu de desen cu temă este cel al figurii umane, ce permite aprecierea rapidă a nivelului dezvoltării intelectuale. Astfel: către vîrsta de 3 ani omulețul are aspectul unui mormoloc; la 3-4 ani apare capul cu brațe și picioare (omul păianjen) și apoi ochii, nasul și gura; la 5 ani imaginea omului este completă, apărînd capul, gîtul, trunchiul și membrele; uneori sînt prezentate și elemente de îmbrăcăminte; către 6 ani omulețul este desenat în mișcare, de exemplu mișcarea brațelor și a picioarelor; la 6 ani și 6 luni omulețul este desenat și din profil dar pot apare unele confuzii (desenează doi ochi); la 7 ani aceste confuzii dispar iar desenul este din ce în ce mai mult apropiat de realitate. (P. Arcan, 1980, p. 149)

Desenul omulețului este incomplet, în situația în care copilul are probleme legate de schema sa corporală și de structurarea spațială. În condițiile în care nivelul intelectual al copilului este redus, scorul obținut la acest desen este de asemenea scăzut. Desenul omulețului poate fi realizat schematizat și în situația în care intervin unii factori afectivi. Astfel, uneori pot fi identificate elemente de impulsivitate, anxietate, dificultăți relaționale dar interpretarea lor trebuie realizată cu multă atenție.

O temă predilectă pentru desen este cel al unei case. Acesta este și motivul, pentru care „casa” a fost propusă ca etalon, pornind de la elementele componente: contur, acoperiș, hornuri, uși, ferestre, alee. Cu cît retardul mental este mai avansat, cu atît și desenele sînt mai sărace în detalii, ferestrele mai mici și acoperișul mai trunchiat.

*Factorii afectivi* pot fi studiați cu ajutorul desenului liber, al familiei și al arborelui. Desenul liber permite investigarea factorilor afectivi în măsura în care se evită orice constrângere legată de temă. Desenul familiei oferă informații legate de relațiile din familie. Interpretarea se realizează pornind de la situația și dimensiunea personajelor din desen. Desenul arborelui scoate în evidență afectivitatea raportată la imaginea corpului. (S. Bourghès, 1991, p. 43)

Analiza desenului, după Ursula Schiopu (1981, p. 123), se axează pe următoarele componente:

- mărimea și poziția desenului se raportează la poziția față de centrul paginii; plasarea desenului în josul paginii etalează tendința pentru dominația inconștientului, a regresiei și a pulsuniilor conflictuale; plasarea în zonele superioare ale paginii reprezintă „conceptualizări, iar cele mediane elemente ale afectivității”;
- mărimea personajelor și prezentarea lor cu trăsături ferme pun în evidență vigoarea fizică;
- numărul de persoane mai mare decât membrii familiei exprimă dorința de a avea un frate sau o soră, fie se vede pe sine ca având dublă existență;
- lipsa unei persoane din familie din cadrul desenului pune în evidență atitudini tensionale; negația, opoziția sau un conflict acut între persoana care lipsește și copil;
- prezentarea unei persoane fără un segment de membru are aceeași semnificație ca atunci când nu este trecută în desen;
- desenul care prezintă persoane din cadrul familiei fără ornamentație exprimă tensiuni și opoziție față de persoana respectivă, pe când persoanele care au unele acesorii, podoabe sînt investite cu admirație și afecțiune.

Desenul mobilizează, pe de o parte forța motorie, de cele mai multe ori subțensionată sau dezordonată, oferindu-i subiectului capacitatea de a se stăpîni, de a fi sub propriul său control. Pe de altă parte, se pare că activitatea motorie „educă” mai eficient și funcțiile neuropsihice ale copilului, integrînd conceptul de motricitate (C. Păunescu, I. Mușu, 1990, p. 247).

Desenul este utilizat și pentru a ilustra nivelul de adaptare și poziționare spațială. Se folosesc două procedee: desenul după model și fără model.

Desenul după model este o probă ce pune în evidență maniera în care copilul percepe spațiul și profunzimea. Se solicită copilului să deseneze o casă (probă care poate fi aplicată de la vîrsta de 7-9 ani). Maniera în care copilul finalizează această acțiune pune în evidență: corecta interpretare de către copil a temei date; cazuri în care copilul prezintă doar o sinteză a temei date, în sensul că trasează conturul fără a prezenta detaliile.

Acțiunea se poate repeta după un timp, cerînd copilului să refacă desenul din memorie.

Desenul fără model solicită copilului să redea imaginea corporală a unui copil. Introducerea acestei teme permite examinatorului să identifice reprezentarea pe care o are copilul despre corpul omenesc, în general, cît și a propriului corp, în mod special. În condițiile în care se constată că desenul prezintă lacune, sărăcie a elementelor care compun tema dată și unele elemente definitorii sînt omise (ochi, urechi, nas, gură), se poate pune în discuție retardul în evoluția copilului.



Dezvoltarea desenului *artistic* parcurge patru etape identificate de R. Kellog, (citată de Papalia, 1990, p. 301). În realizarea studiului desenului autoarea a pornit de la examinarea unui număr impresionant de copii. S-a constatat că aceștia au preferat să deseneze și să coloreze, în special propriile desene. Puțini copii sînt interesați să coloreze cărțile tipărite. Desenele realizate de copii sînt asemănătoare în diferite culturi și reflectă gradul de maturizare al creierului.

În jurul vârstei de 2 ani copilul apucă creionul și începe să deseneze linii verticale, orizontale sau în zig-zag (*stadiul mîzgăliturilor*). Inițial liniile sînt trasate pe toată pagina pentru ca ulterior ele să capete o anumită plasare în spațiu. Către vârsta de 3 ani copilul trece în *etapa formelor geometrice* în care desenează 6 elemente de bază: cerc, pătrat sau dreptunghi, triunghi, cruci, ixuri și imagini cu forme neregulate. Aceste șase elemente de bază vor fi desenate împreună sau separat, constituind o diagramă.

Treptat, copilul reușește să unească mai multe elemente de bază ajungînd la realizarea unei imagini complexe. Este *stadiul desenului abstract* caracteristic vârstei de 3-4 ani în care, inițial copilul combină diagramele pentru a ajunge, în final, la o imagine de ansamblu (un agregat).

Mulți părinți neglijează aceste desene pe care le consideră abstracte și fără legătură cu realitatea. Practic, aceste desene reprezintă o etapă de trecere către stadiul următor, *al picturii*, ce apare în jurul vârstei de 5 ani. În această etapă copilul reproduce obiectele familiare, inițial schematic iar apoi le realizează cu mai multe detalii. În procesul de reeducare psihomotrică, creativitatea copilului este stimulată de desenul liber în care nu există sugestii și interdicții din partea terapeutului. În perioada școlară copilul renunță treptat la desen, datorită intervenției părinților și a terapeutului care pot impune anumite teme.

## ROLUL FAMILIEI ÎN CREȘTEREA ȘI DEZVOLTAREA COPILULUI

Familia este nucleul social-elementar ce apare prin căsătorie. Ea este formată din soț, soție și descendenții acestora. Membrii familiei sînt uniți prin drepturi și obligații morale, juridice, economice și sociale.

Ca unitate de bază a societății, familia îndeplinește următoarele funcții: *funcția biologică* – asigură întinerirea populației; *funcția economică* – producerea și consumul de bunuri; *funcția juridică* – confirmată de actele de stare civilă; *funcția culturală* – identifică și transmite anumite obiceiuri; *funcția educativă* – implică activitatea ce asigură dezvoltarea facultăților morale, intelectuale și fizice ale copiilor, precum și totalitatea metodelor folosite în acest scop; *funcția morală* – acceptul și transmiterea unor anumite valori; *funcția psihologică* – crearea climatului afectiv în care trăiește și se dezvoltă copilul (C. Enăchescu, 2004, p. 181).

Structura familiei este nemijlocit implicată în creșterea și dezvoltarea copiilor, ale urmașilor lor direcți. Familia modernă din țările occidentale este relativ restrînsă, fiind formată din tată, mamă și copii și relativ separată de rude. În țara noastră, familia este frecvent extinsă, fiind formată din numeroase rude. Practic, discutînd despre familie, se poate vorbi despre o familie nucleară și una extinsă.

Familia nucleară are în componența ei pe cei doi părinți și copiii, fără rubedenii conexe. Există situații în care această familie nucleară este dezorganizată prin divorț sau deces. În alte cazuri, familia apare prin concubinajul părinților.

În țările occidentale, mai dezvoltate din punct de vedere social decît țara noastră, adolescenții învață să se descurce singuri, ajungînd rapid să trăiască separat de părinți (L. Whaley, 1987, p. 63). În țara noastră, în schimb, o astfel de independență este greu de conceput din motive economice și culturale.

Familia extinsă este formată din membrii mai multor generații. Bunicii preiau îngrijirea nepoților, în timp ce părinții muncesc pentru a asigura cele necesare familiei.

Calitatea vieții de familie reprezintă un alt element de bază ce are repercusiuni majore asupra coeziunii ei, în cauză fiind: situația economică ce influențează în cea mai mare măsură nivelul de trai al familiei; locul de muncă al părinților și valorile morale ale acestora (D. Papalia, 1990, p. 583).

**Reacția părintelui față de copil.** În general, nașterea unui copil determină restructurarea vieții de familie. Copilul necesită dragoste și disciplinare, dar și o anumită independență. Există situații în care el nu corespunde dorințelor părinților. Aceștia trebuie să înțeleagă că nu copilul este vinovat, dacă nu corespunde speranțelor



ce au fost puse în el. Între părinți și copii se nasc anumite relații, influențate în special de stilul parental.

Au fost identificate trei categorii de părinți, în funcție de stilul pe care-l adoptă.

- Părinții *autoritari* controlează viața copilului în cele mai mici amănunte. Copilul nu trebuie ascultat, deci acesta nu are dreptul la opinii proprii (K. Berger, 1986, p. 531).
- Părinții *democratici* stabilesc anumite reguli de comun acord cu copiii, ei insistă pe consecințele ce apar într-un anumit context.
- Părinții *permisivi* sînt puțin preocupați de comportamentul copiilor, cărora le acordă o independență exagerată. Pentru acești părinți, singura obligație pe care o au față de copii este aceea de a le asigura sprijinul material. În această categorie trebuie incluși și părinții care-și neglijează copiii (L. Whaley, 1987, p. 75).

Interacțiunea părinte-copil este complexă și duce, în final, la învățarea unor norme de comportament. Disciplina este considerată a fi unul din elementele de bază ale interacțiunii părinte-copil, prin ea urmărindu-se învățarea unor norme de comportament care să-i permită adaptarea la societatea în care trăiește. Pornind de la metodele de disciplinare folosite, au fost identificate mai multe tipuri de părinți.

*Părinții echilibrați* combină autoritatea cu înțelegerea. Ei pornesc de la ideea unor relații în care copiii au drepturi și obligații. În disciplinarea copilului, ei fac apel la rațiune, respingînd măsurile violente. Atunci cînd copilul are un comportament corect, el va fi răsplătit, ceea ce determină apariția unei întăriri pozitive. Un comportament incorect va fi inițial trecut cu vederea, ceea ce determină apariția unei întăriri negative. Lipsa atenției îl face pe copil să renunțe la anumite gesturi. Dacă greșeala se repetă, acești părinți recurg la folosirea unui loc de pedeapsă, loc în care copilul nu se poate juca, dar este în deplină securitate (C. Ciofu, 1998, p. 124).

Dacă un copil are nevoie de îngrijiri speciale, acestea i se acordă, dar fără a monopoliza atenția întregii familii

*Părinții indiferenți* sau *hipoprotectivi* reacționează prin lipsă de afecțiune, suprasolicitare sau chiar respingere. Astfel de situații apar frecvent în familiile dezorganizate, în care copilul este aruncat, ca o minge, de la un părinte la celălalt. Uneori, părinții se ceartă și devin chiar violenți, violențe de care copilul „beneficiază” din plin.

Suprasolicitarea poate reprezenta o altă formă de reacție indiferentă. Părintele nu acordă atenție adevăratului potențial al copilului, pretinzîndu-i rezultate care, de fapt, îi sînt inaccesibile. Astfel de probleme apar frecvent în situația copiilor cu deficiențe fizice, mentale și senzoriale, pe care părinții îi tratează ca și cum ar fi complet sănătoși (L. Whaley, 1987, p. 929).

Din păcate, uneori apar chiar reacții de respingere, manifestate prin abandonarea copilului într-un centru de plasament.

La polul opus se plasează *părinții exagerați* sau *hiperprotectivi*. Părinții acestui copil sînt restrictivi, limitînd tendința de independență. Se discută o serie de factori ce favorizează apariția supraprotecției.

Copilul unic este frecvent hiperprotejat, fiind considerat comoara familiei. O altă categorie de copii ce pot fi hiperprotejați sînt cei cu probleme de sănătate. Familia le acordă o atenție deosebită, chiar dacă boala s-a vindecat (P. Meilă, 1988, p. 446).

Mamele casnice au frecvent înclinația spre hiperprotecția copilului. Uneori aceste mame au satisfacții reduse de ordin marital și profesional, astfel că își revarsă întreaga disponibilitate asupra copilului.

Relațiile afective și comunicarea dintre părinți își pun amprenta asupra tipului acestora. În familia copilului supraprotejat apare frecvent o lipsă de comunicare, relațiile dintre părinți sînt simbolice, iar viața sexuală este nesatisfăcătoare.

Uneori părinții au sentimente de respingere față de copil, dar reacționează prin supraprotecție. Astfel de situații apar frecvent în familiile în care se naște un copil deficient fizic sau psihic. Părinții au sentimentul de insatisfacție față de acest copil, pe care-l ascund sub masca unei atenții excesive (C.Ciofu, 1998, p. 127).

Părinții nevrotici sau cei cu boli psihice au tendința de a-și proteja excesiv copiii. Ei recurg la serviciile medicale chiar pentru unele afecțiuni banale.

*Părinții rigizi sau severi* domină complet copilul. Frecvent, tatăl ia deciziile de unul singur, iar ceilalți trebuie doar să asculte. Uneori, copilul este supus unor măsuri aspre, chiar absurde. Frecvent, această severitate are o acțiune de recul, favorizînd creșterea agresivității și ostilității copilului (K. Berger, 1986, p. 532).

*Părinții inconsecvenți* trec rapid de la momentele de indiferență la cele de control. Copilul este pasat cu ușurință la diverse rude, ce au concepții diferite despre disciplinare, situație în care el trece rapid de la hiperprotecție la hipoprotecție.

O categorie aparte de părinți inconsecvenți este reprezentată de cei *indulgenți*. Astfel de reacții se manifestă frecvent în familiile în care diferența de vîrstă dintre copii este mare. Mezinul este totdeauna alintat, părinții acceptîndu-i toate mofturile, în timp ce pentru copiii mai mari părinții au avut un alt tip de disciplinare, mai sever.

Din păcate, uneori, părinții își revarsă nemulțumirile asupra copiilor *agresîndu-i*, cele mai frecvente victime ale acestor familii fiind copiii cu deficiențe fizice, retard mental sau purtători ai unor malformații. Acești copii prezintă frecvent și alte urme ale neglijenței părinților: malnutriție, retard psihomotor neorganic, igienă defectuoasă (L. Stan, 2004, p. 144).

*Atașamentul părinți-copil*. Imediat după naștere, părintele se simte brusc atașat de copil. Părintele simte că acest copil va fi al lui pentru totdeauna.

Pentru a se realiza o legătură precocă părinți-copil se recomandă ca și tatăl să asiste la naștere. În acest fel, tatăl se va simți mai angajat în îngrijirea copilului. Cei doi părinți trebuie să se pregătească din timp pentru nașterea copilului lor. Această pregătire presupune schimbarea comportamentului, deoarece copilul trebuie să ocupe un loc central. Inițial, relația dintre soți este bidirecțională și va deveni tridirecțională din momentul nașterii primului copil.

Atașamentul părinților apare precoc, încă din timpul sarcinii, pe cînd cel al copilului se dezvoltă treptat, prin interacțiunea cu părinții.

Copilul sănătos și vioi intră rapid în contact cu părinții, astfel că legătura părinte-copil se stabilește cu ușurință.

Copilul născut prematur are nevoie de îngrijiri speciale, astfel că legătura părinte-copil este întîrziată. Pentru a evita apariția unor astfel de probleme, este încurajată apropierea fizică dintre părinți și copil.

Pentru copilul cu tulburări sau dificultăți psihomotrice, situația este mai dificilă. Părintele trebuie întîi să se adapteze la situația reală în care copilul visat nu a



apărut. Adaptarea este foarte dificilă, în situația în care aspectul corporal al copilului este modificat. Uneori apar reacții de respingere, dar, pe măsura trecerii timpului, intervine necesitatea protecției acestui copil. Părinții se simt învestiți cu o misiune, iar atașamentul se dezvoltă treptat. Mama este părintele de bază, iar relația mamă-copil este dominantă. Totuși este important și tatăl, deoarece el nu poate iubi cu adevărat un copil dacă nu s-a implicat și în creșterea lui. Calitatea atașamentului copilului se corelează cu calitatea reacției părinților. Aceștia își exprimă dragostea pentru copil în feluri diferite, iar, ca o reacție de răspuns la dragostea părinților, și copilul își va dezvolta dragostea lui față de părinți.

**Copilul – oglinda părinților.** Relația apropiată părinte-copil are un rol protector față de situațiile stresante. Există câțiva factori de protecție a copilului împotriva elementelor agresive din mediu. Acești factori sînt reprezentați de: relația bună mamă-copil; relația adecvată tată-copil; orientarea copilului către anumite domenii de activitate (hobby); recompensarea copilului pentru succesele obținute; relații apropiate cu frații; relații de prietenie cu colegii; relații bune cu adulții din afara familiei (C. Ciofu, 1998, p. 128).

În funcție de comportamentul părinților, sînt identificate mai multe tipuri de reacții ale copiilor. Copilul părinților *autoritari* este o adevărată marionetă lipsită de inițiativă. El ajunge rapid la situația în care nu se poate descurca, deoarece nu știe ce cale să urmeze.

În situația părinților ce se vor *democratici*, copilul acționează independent, dar responsabil, gîndindu-se doar la eventualele consecințe ale unei acțiuni greșite. El este capabil să se autoaprecieze realist, impunîndu-și obiective adaptate posibilităților și intereselor proprii.

Copilul părinților *permisivi* este nesigur și dezorientat atunci cînd trebuie să ia o decizie. Independența exagerată oferită de unii părinți creează puține puncte de reper, astfel că el deosebește greu binele de rău (P. Meilă, 1988, p. 448).

Relația părinte-copil se regăsește și în tipurile comportamentale ale copilului. Cei crescuți în familii *echilibrate* se remarcă prin încrederea pe care o au în propriile forțe, sînt fericiți și prietenoși. Dacă se remarcă printr-un comportament necorespunzător, atunci copilul va fi pedepsit, dar nu înainte de a i se explica motivul pedepsei. În acest fel, el va deveni apt să-și structureze reguli proprii de comportament.

Copilul părinților *indiferenți* este neglijat și i se refuză cele mai elementare drepturi. Sînt situații cînd părinții îl suprasolicită, ceea ce se soldează frecvent cu eșecuri, favorizînd apariția sentimentului de inferioritate.

Copilul *hiperprotejat* este lipsit de inițiativă, anxios și nu își asumă responsabilitatea faptelor comise, cineva din familie fiind totdeauna dispus să-i ia apărarea.

Părinții *prea exigenți* riscă obținerea unor efecte contrarii celor dorite, copiii lor oscilînd între reacții agresive și ostile. Ei devin modești, supuși și incapabili să se apere, se angajează greu într-o activitate, fiind lipsiți de inițiativă.

Copiii din părinți cu un comportament *indecis* au toate șansele să se înscrie și ei în viață cu o participare inconsecventă, după modelul pe care l-au preluat de la părinții lor.

În situația părinților *indulgenți*, copilul se remarcă printr-un parcurs psihomotric lent, vorbește târziu și cu dificultate iar tentativele de activare a personalității sale, de regulă, nu se soldează cu rezultate notabile.

Copilul *maltratat* de părinți prezintă numeroase sechele traumatiche la nivelul tegumentelor, iar prezența părinților îl timorează și îi provoacă reacții de apărare.

*Atașamentul copilului* este, de asemenea, o componentă a vieții de familie ce poate fi definită ca o relație emoțională existentă între două persoane. Atașamentul copilului se dezvoltă progresiv, devenind evident în jurul vârstei de un an, în timp ce calitatea acestui atașament variază în raport cu calitatea relației părinți-copii.

În perioada de antepreșcolar, relația dintre copil și părinți parcurge etapele de imitație, atașament și explorare. Primele două etape se dezvoltă începând cu primul an de viață, pentru ca, ulterior, să apară și explorarea (K. Berger, 1986, p. 228).

Încă din primul an de viață se dezvoltă *imitația* sau reacția simultană manifestată prin reproducerea de către copil a gesturilor celor din jur. În timp ce se joacă cu copilul, adultul face câteva gesturi pe care copilul le imită. Această reacție de imitație este foarte importantă, deoarece copilul nu-și cunoaște încă imaginea în oglindă. Imitația aduce în discuție două acțiuni în succesiune, prima fiind de urmărire cu atenție a mimicii adultului, iar cea de-a doua de reproducere a acesteia cu propria față. În jurul vârstei de 6-7 luni începe să se dezvolte *atașamentul* față de persoanele care-l îngrijesc, care devine selectiv și se stabilizează în jurul vârstei de 12-18 luni.

Între 1 și 3 ani se conturează atașamentul față de părinți și teama față de străini. Tatăl este preferat în momentele de joc, dar mama reprezintă persoana de care este cel mai atașat.

Treptat, copilul începe să se simtă în siguranță în prezența părinților, fapt ce îi trezește dorința de a se depărta de ei pentru a explora spațiul din jurul său. Astfel, un copil de 1 an se depărtează cam cu până la 7 m de mama sa, la 2 ani cu 15 m, iar la 4 ani distanța ajunge la 21 m. Aceste distanțe sînt apreciate de către copil drept sigure și îi permit să se întoarcă rapid la locul de unde a plecat.

În timp, atașamentul față de părinți se consolidează, astfel că este posibilă trecerea la etapa de *explorare*. Din acest moment copilul înțelege că el reprezintă o individualitate, iar părinții nu dispar în situația în care nu-i mai vede. Conștient de aceste adevăruri, copilul începe să exploreze mediul înconjurător.

Ajuns la vârsta preșcolară, atașamentul față de părinți este stabil, astfel că perioadele în care nu este împreună cu ei sînt mai ușor de suportat.

Membrii familiei și în special mama joacă un rol esențial în evoluția copilului cu tulburări sau dificultăți psihomotrice.

Terapeutul cuprinde în sfera preocupărilor sale și relația cu părinții, solicitîndu-le sprijinul pentru a monitoriza modul în care copilul realizează actele motrice în activitatea zilnică.



## BIBLIOGRAFIE

- J. Ajuriaguerra, M. Auzias, F. Coumes, A. Denner, *Scrisul copilului*, vol. I, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1980
- A. Albert, *Rééducation neuromusculaire de l'adult hémiplegique*, Ed. Masson, Paris, 1969
- Adriana Albu, C. Albu, *Psihomotricitate*, Ed. Spiru Haret, Iași, 1999
- Adriana Albu, C. Albu, *Asistența psihopedagogică și medicală a copilului deficient*, Fizic, Ed. Polirom, Iași, 2000
- C. Albu, I. Răscarachi, Adriana Albu, Gabriela Răscarachi, *Știți să respirați corect?*, Ed. Polirom, Iași, 2001
- C. Albu, T. L. Vlad, Adriana Albu, *Kinetoterapia pasivă*, Ed. Polirom, Iași, 2004
- C. Allard – Psychothérapie et image du corps chez l'enfant, Ed. Masson, Paris, 1990
- L. Amiel, Claudine Tison, *L'infirmité motrice d'origine cérébrale*, Ed. Masson, Paris, Milan, Barcelone, 1997
- L. Amiel, Claudine Tison, Ann Stewart, *The newborn infant. One brain for life*, Les Editions Inserm?, Paris, 1994
- P. Arcan, D. Ciumageanu, *Copilul deficient mintal*, Ed. Facla, Timișoara, 1980
- Marguerite Auzias, *Enfants gauchers, Enfants droitiers*, Delachaux et Niestlé, Paris, 1975
- Cl. Băciu, *Apartul locomotor*, Ed. Medicală, București, 1981
- H. Barbu, A. Mateias, E. Răfăila, *Pedagogie preșcolară*, Ed. Didactică și Pedagogică, R. A. București, 1994
- Eugenia Barcan Ticaliuc, *Exerciții și jocuri pentru preșcolari*, Ed. Sport-Turism, București 1976
- Kathleen Berger, *The developing person through childhood and adolescence*, Worth Publishers, Inc, New York, 1986
- Ann Birch, *Psihologia dezvoltării*, Ed. Tehnică, București, 2000
- P. Bizouard, *Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant*, La Revue du Praticien, Paris, 1995.
- S. Bourges, *Approche génétique et psychanalytique de l'enfant.*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel – Paris, 1991
- A. Bratu, I., *Deprinderi motrice de bază*, Ed. Sport-Turism București 1985
- Bruchon, M. Schweitzer, *Une psychologie du corps*, Presses Universitaires de France, Paris, 1990
- A. Calza, M. Contant, *Psychomotricité*, Ed. Masson, Paris, 1999
- Carmen Ciofu, *Interacțiunea părinți-copii*, Ed. Medicală Amaltea, București, 1994
- A. Cosmovici, *Învățarea în școală*, Psihopedagogie, Ed. Polirom, Iași, 1998
- C. Cucos, *Pedagogie*, Ed. Polirom, Iași, 1996
- R. Dailly, C. Fessard, D. Parain, C. Roudil, *Pathologie motrice centrale, sans arriération mentale*, Encyclopedie Médico-Chirurgicale, Ed. Techniques, Pédiatrie, Paris, 4101 G, 3-1980
- P. Debray-Ritzen, P. Messerschmitt, *Le concept de dysfonctionnement cérébral minime* M. B. D. Encyclopedie Médico-Chirurgicale, Pédiatrie, Paris, 4101 G, 3-1982
- M. Debesse, *Psihologia copilului. de la naștere la adolescență*, Ed. Didactică și Pedagogică București, 1970
- A. Demeter, *Bazele fiziologice și biochimice ale calităților fizice*, Ed. Sport-Turism, București 1981,
- J. P. Deschamps, M. Manciaux, R. Salbreux, J. Vetter, E. Zucman, *L'enfant handicapé et l'école*, Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 1981
- A. de Meur, L. Staes, *Psychomotricité, Education et rééducation psychomotrices*, Ed. De Boeck, Bruxelles, 1988
- R. Ducroquet, J. Ducroquet, P. Ducroquet, *La marche et les boîtiers*, Ed. Masson, Paris, 1965
- M. Dugas, M. Gonce, M. C. Mouren, *Mouvements normaux et anormaux chez l'enfant*, Encyclopedie Médico-Chirurgicale, Paris, 1981

- M. Dugas, M. C. Mouren, *L'examen en psychiatrie de l'enfant*, Encyclopedie Médico-Chirurgicale, Pédiatrie, Paris, 4101, E, 3-1983
- C. Enachescu, *Tratat de igienă mintală*, Ed. Polirom, Iași, 2004
- J. Epstein, C. Radiguet, *L'explorateur nu, Plaisir du jeu. Découverte du monde*, Ed. Universitaires, Paris, 1982
- M. Epuran, *Psihologia educației fizice*, Ed. Sport-Turism, București, 1976
- M. Epuran, *Funcțiile principale și secundare ale activităților corporale*; Rev. Educație fizică și sport, XXVII, Nr. 3 1975
- M. M. Formica, *Trattato di neurologia riabilitativa*, Marrapese Roma, 1985
- J. J. Guilleme, *Education et rééducation psychomotrice*, Ed. Sermap, Hatire, Paris, 1985
- M. Ifrim, *Antropologie motrică*, Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1986
- J. le Camus, *Pratiques psychomotrice*, Pierre Mardaga, Editeur Bruxelles, 1984
- A. Lapierre, *La rééducation physique*, vol. I, III Ed. J. B. Baillere, Paris, 1976
- Ivonnny Lindquist, *L'enfant à l'hôpital, la thérapie par le jeu*, Les Editions ESF, Collection "La vie de l'enfant", Paris, 1985
- J. Maillet, *La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent expliquée aux parents*, Ed. Desclee de Brouwer, Paris, 1997
- S. Manescu, Gh. Tanasescu, C. Ursoniu, *Tratat de ingienă*, vol. III, Ed. Medicală, București, 1986
- R. Manno, *Bazele teoretice ale antrenamentului sportiv*, Ed. Revue, EPS, 1992
- Patricia McCoy, W. Votrubeck, *Pediatric home care*, Aspen Publishers Inc., Rockville, Maryland, 1990
- P. Meila, S. Milea, *Tratat de Pediatrie*, vol VI Ed. Medicală, București, 1988
- Mariana Momanu, *Proiectarea și desfășurarea activității didactice*, Psihopedagogie Ed. Polirom, Iași, 1998
- A. Nicolau, *Coordonator Comportament și civilizație* Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1987
- A. Nicolau, *A fi elev*, Ed. Albatros, București, 1983
- C. Paunescu, I. Musu, *Recuperarea medico-pedagogică a copilului handicapat mintal*, Ed. Medicală, București, 1990
- Diane Papalia, Sally Olds, *A child's world*, McGraw Hill Publishing, Company, New York, Toronto, 1990
- A. Pease *Limbajul trupului*, Ed. Polimark, București, 1995
- L. Picq, P. Vayer, *Education psychomotrice et arriération mentale*, Ed. Doin, Paris, 1971
- Gh. Pendefunda, Felicia Stefanache, L. Pendefunda, *Semiologie neurologică*, Ed. Contact Internațional, Iași, 1992
- L. Popoviciu, *Neurologie*, Ed. Didactică și Pedagogică, R. A., București, 1993
- J. Richard, L. Rubio, *La thérapie psychomotrice*, Ed. Masson, Paris, 1995
- T. Rudică, *Devierile comportamentale ale elevilor și combaterea lor*, Psihopedagogie, Ed. Polirom, 1998
- N. Robanescu, *Reeducarea Neuromotorie*, Ed. Medicală, București, 2001
- T. Sbenghe, *Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare*, Ed. Medicală, București, 1987
- G. B. Soubiran, J. C. Coste, *Psychomotricité et relaxation psychosomatique*, Ed. Doin, Paris, 1975
- Liliana Stan, *Fundamente ale succesului educațional*, Ed. Fundației AXIS, Iași, 2004
- Ursula Schiopu, *Criza de originalitate la adolescenți*, Ed. Didactică și Pedagogică, R. A. București, 1997
- Ursula Schiopu, E. Verza, *Psihologia virstelor*, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1981
- J. S. Tecklin, *Pediatric physical therapy*, J. B. Lippincott Company, London, New -York, 1989,
- R. Villard, J. Dalery, J. Maillet, C. Chauvin, *Difficultés et retards scolaires*, Encyclopedie Médico-Chirurgicale, Pédiatrie, Paris, 1986
- T. L. Vlad, L. Pendefunda, *Recuperarea bolnavului hemiplegic adult*, Ed. Contact Internațional, Iași, 1992
- T. L. Vlad, *Fiziopatologie*, Ed. Univ. Al. I. Cuza, Iași, 2003
- H. Wallon, *Evoluția psihologică a copilului*, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1975
- Lucille Whaley, Donna Wong, *Nursing care of infants and children*, The C. V. Mosby Company, ST. Louis, 1987
- XXX, *La Psychomotricite*, Georg Editeur, Genève, 1994



## CUPRINS

Prefață (Constantin Cucos) / 5

### Partea I Bazele generale ale psihomotricității / 7

Principalele etape ale evoluției psihomotrice ale copilului (Adriana Albu) / 9

Componentele de bază ale psihomotricității (Adriana Albu) / 16

Tulburări de psihomotricitate (Tiberiu Leonard Vlad, Adriana Albu) / 36

Patologia motrică centrală (Adriana Albu, Tiberiu Leonard Vlad) / 46

### Partea a II-a. Cadrul psihopedagogic al educării și reeducării psihomotrice / 53

Organizarea activității educative și reeducative în psihomotricitate (Ioan Iacob, Constantin Albu) / 55

Evaluarea potențialului psihomotoric al copilului (Constantin Albu, Ioan Iacob) / 62

Rolul terapeutului în organizarea și desfășurarea procesului de reeducare psihomotrică (Tiberiu Leonard Vlad, Constantin Albu) / 66

Coordonatele procesului de educare și reeducare psihomotrică (Constantin Albu) / 73

Periodizarea procesului de reeducare psihomotrică (Constantin Albu) / 87

Particularitățile lecției de reeducare psihomotrică (Constantin Albu) / 100

### Partea a III-a. Sistemul mijloacelor de educare și reeducare psihomotrică / 109

Conduitele motice de bază (Constantin Albu, Adriana Albu) / 111

Conduitele neuromotrice (Tiberiu Leonard Vlad, Constantin Albu) / 153

Schema corporală (Constantin Albu) / 169

— Cunoașterea și denumirea părților corpului (Constantin Albu, Adriana Albu, Tiberiu Leonard Vlad) / 172

– Conștientizarea pozițiilor fundamentale (Ioan Iacob, Constantin Albu,

Tiberiu Leonard Vlad) / 182

– Educarea respirației (Constantin Albu, Adriana Albu, Tiberiu Leonard Vlad) / 187

Laterality corporală (Constantin Albu, Tiberiu Leonard Vlad, Adriana Albu) / 197

Structura spațială (Constantin Albu, Tiberiu Leonard Vlad) / 213

Structura temporală (Tiberiu Leonard Vlad, Constantin Albu) / 229

Jocul și rolul lui în procesul de educare și reeducare psihomotrică (Adriana Albu, Ioan Iacob) / 237

Rolul terapeutic al desenului (Adriana Albu) / 244

Rolul familiei în creșterea și dezvoltarea copilului (Adriana Albu) / 248

**Bibliografie / 253**



CLUBUL DE CARTE  
INSTITUTUL EUROPEAN

Stimate Cititor,

Institutul European Iași vine în sprijinul dumneavoastră ajutându-vă să economisiți timp și bani.

Titlurile dorite – unele căutate îndelung prin librării – pot fi comandate acum direct de la *Editură!*

Consultați oferta! Completați apoi talonul de comandă (carte poștală) din subsolul paginii. Nu uitați să înscriseți, cu atenție, titlul și numărul de exemplare solicitate.

Plata se va face ramburs (la primirea coletului poștal), taxele poștale fiind suportate de editură.

Și pentru că dumneavoastră apreciați cărțile noastre, meritați din plin să faceți parte din **Clubul de carte Institutul European**, beneficiind totodată de reduceri semnificative de preț.

Astfel:

- pentru 2 cărți comandate reducerea este de 10 %;
- pentru 3 cărți comandate reducerea este de 15 %;
- pentru 4 cărți comandate reducerea este de 20 %;
- pentru 5 cărți comandate reducerea este de 25 %;
- peste 10 cărți comandate reducerea devine 30 %.

**Colecția UNIVERSITARIA**

- *Agresivitatea în școală*, Laurențiu Șoitu, Cornel Hăvîrceanu, 240 pag., 125.000 lei
- *Asistența socială în tranziție*, Alain Villbrod, Ion Ionescu (coord.), 380 pag., 290.000 lei
- *Călătorie în marea burghezie*, Michel Pinçon și Monique Pinçon-Charlot, 192 pag., 162.000 lei
- *Cercetarea calitativă a socialului*, Mircea Agabrian, 232 pag., 220.000 lei
- *Comunicarea*, Denis McQuail, 272 pag., 131.000 lei
- *Curs de logică*, Ion Petrovici, 260 pag., 99.000 lei
- *Crestomație de istorie universală*, vol. I, Vasile Cristian, Lăcrămioara Iordăchescu, Mirela Popescu, 208 pag., 109.000 lei
- *Construcția simbolică a cîmpului electoral*, Ioan Drăgan et al., 496 pag., 120.000 lei
- *Consiliere educațională*, Elena Dimitriu-Tiron, 268 pag., 245.000 lei
- *Creativitatea pentru studenți și profesori*, Ana Stoica-Constantin, 252 pag., 250.000 lei
- *Curs de pneumoftiziologie*, Antigona Trofor, 176 pag., 104.000 lei
- *Curs de știință politică*, Gianfranco Pasquino, 368 pag., 164.000 lei
- *Despre pedepse și recompense în educație*, Emil Stan, 124 pag., 119.000 lei
- *Discursul puterii*, Constantin Sălăvăstru, 360 pag., 120.000 lei

Numele .....

Cod numeric personal .....

Strada .....

Bl. .... Sc. .... Et. .... Ap. ....

Județ (sector) ..... Cod .....

Localitatea ..... Tel .....

**CARTE  
POȘTALĂ**

Destinatar

EDITURA

*Institutul European*

C.P. 161, Cod 700198, IAȘI

Nu  
timbrați

Depuneți cartea poștală, completată, în cea mai apropiată cutie poștală!

- *Drept civil. Obligații*, Maria Gaiță, 448 pag., 131.000 lei
- *Ecografia în obstetrică*, Ivona Lupașcu, 200 pag., 709.000 lei
- *Elemente estetice în senologie*, Mihai Pricop, 266 pag., 1.200.000 lei
- *Éléments des syntaxe du français parlé*, Sanda-Maria Ardeleanu, Raluca Balățchi, 188 pag., 170.000 lei
- *Electoratul din România în anii democrației parlamentare (1919-1937)*, Sorin Radu, 356 pag., 243.000 lei
- *Estetica pragmatistă. Artă în stare vie*, Richard Shusterman, 304 pag., 245.000 lei
- *Introducere în știința comunicării și a relațiilor publice*, Flaviu Călin Rus, 104 pag., 140.000 lei
- *Memoria autobiografică*, Ticu Constantin, 388 pag., 350.000 lei
- *Pedagogie postmodernă*, Emil Stan, 162 pag., 136.000 lei
- *Pedagogie constructivistă*, Horst Siebert, 228 pag., 109.000 lei
- *Pedagogia comunicării*, Laurențiu Șoitu, 280 pag., 142.000 lei
- *Politica și presa*, Gheorghe Schwartz, 304 pag., 120.000 lei
- *Proiectele filosofiei kantiene*, Viorel Cernica, 186 pag., 162.000 lei
- *Relații publice și publicitate*, Flaviu Călin Rus, 236 pag., 163.500 lei
- *Romantismul german și englez*, Mihai Stroe, 640 pag., 450.000 lei
- *Romîna de bază- vol. 1 (manual de învățarea a limbii romîne pt. studenții străini)*, Mircea Fotea și Ana Dorobăț, 264 pag., 183.000 lei
- *Romîna de bază- vol. 2* Mircea Fotea și Ana Dorobăț, 304 pag., 144.000 lei
- *Să înțelegem jurnalismul*, John Wilson, 330 pag., 228.000 lei
- *Semiotică, societate, cultură*, Daniela Roventă-Frumușani, 312 pag., 131.000 lei
- *Sociologia dezvoltării comunitare*, Ion I. Ionescu, 320 pag., 222.000 lei
- *Sociologie generală*, Mircea Agabrian, 340 pag., 210.000 lei 322.000 lei
- *Sociologia educației*, Dumitru Popovici, 292 pag., 203.000 lei
- *Spațiul public și educația la vechii greci*, Emil Stan, 152 pag., 112.000 lei
- *Televiziunea pe înțelesul tuturor*, A. Goodwin, G. Whannel (coord.), 264 pag., 260.000 lei
- *Teoria literară*, Dumitru Tiutiucă, 400 pag., 213.000 lei
- *Teoria și practica semnului*, Ioan S. Cîrîc, 596 pag., 491.000 lei
- *Tipologia presei romînești*, Marian Petcu, 300 pag., 98.000 lei
- *Traducerea sensurilor*, Eugene A. Nida, 188 pag., 170. 000 lei
- *Tratat de gramatică a limbii romîne. Sintaxa*, Corneliu Dimitriu, 752 pag., 395.000 lei *Strategiile resurselor umane*, Bernard Gazier, 132 pag., 128.000 lei

Nr.	TITLUL	Nr. Ex.
1	.....	.....
2	.....	.....
3	.....	.....
4	.....	.....
5	.....	.....
6	.....	.....
7	.....	.....



LIBRĂRII în care puteți găsi cărțile colecției *Academica*

**ALBA-IULIA**

Librăria *Mircea Eliade*, str. Cloșca, bloc CH1

**ARAD**

Librăria *Corina*, str. Mihai Eminescu nr. 2, tel. 0257/284749

**BACĂU**

Librăria *Glissando*, Bd. Nicolae Bălcescu nr. 8, tel. 0234/186677

**BRAȘOV**

Librăria *Șt. O. Iosif*, str. Mureșenilor nr. 14, tel. 0268/477799

Librăria *George Coșbuc*, str. Republicii nr. 29, tel. 0268/477309

**BUCUREȘTI**

Librăria *NOI*, Bd. N. Bălcescu nr. 18, tel. 021/3102528

Librăria *Mihai Eminescu*, Bd. Regina Elisabeta nr. 5, tel. 021/3158761

Librăria *Academiei*, Calea Victoriei nr. 12 A, tel. 021/3138588

Librăria *Luceafărul*, Bd. Unirii nr. 10, tel. 021/3130075

**CLUJ**

Librăria *Orfeu*, Piața Unirii nr. 10, tel. 0264/195339

**CONSTANȚA**

Librăria *Sophia*, str. Dragoș Vodă nr. 13, tel. 0241/616365

**CRAIOVA**

Librăria *Scolii*, str. M. Viteazu, bl. 7-14, tel. 0251/412588

**DEVA**

Librăria *Prescom Divers*, str. Ana Ipătescu nr. 11, tel. 0254/213782

**GALAȚI**

Librăria *KORES*, str. Nicolae Bălcescu, bl. A3, parter, tel. 0236/463116

**IAȘI**

Librăria *Casa Cărții*, Bd. Ștefan cel Mare nr. 56, tel. 0232/270610

Librăria *Junimea*, Piața Unirii nr. 4, tel. 0232/412712

Librăria *M. Eminescu*, str. 14 Decembrie 1989, nr. 1, tel. 0232/264528

Librăria *Cubul de sticlă*, Bd. Carol I nr. 3-5, tel. 0232/215683

**ORADEA**

Librăria *Mihai Eminescu*, str. Meșteșugarilor nr. 73, tel. 0253/131924

**PITEȘTI**

Librăria *Casa Cărții*, Bd. Republicii, bl. G1, parter, tel. 0248/214679

**SATU-MARE**

Librăria *Mihai Eminescu*, str. Țibleșului nr. 1, tel. 0261/717503

**SIBIU**

Librăria *Polsib*, Șos. Alba Iulia nr. 40, tel. 0269/210058

**SUCEAVA**

Librăria *Casa Cărții*, str. N. Bălcescu nr. 8, tel. 0230/530337

**TG. JIU**

Librăria *Mihai Eminescu*, str. Tudor Vladimirescu nr. 40, tel. 0253/214910

**TG. MUREȘ**

Librăria *Luceafărul*, str. Trandafirilor nr. 43, tel. 0265/250581

Librăria *Romulus Guga*, str. Trandafirilor nr. 23, tel. 0265/161739

**TIMIȘOARA**

Librăria *Mihai Eminescu*, str. Măceșilor nr. 1, tel. 0256/194123

Librăria *Esotera*, str. Lucian Blaga nr. 10, tel. 0256/431340

Librăria *Noi*, str. Hector, nr. 2-4 tel. 0256/220949





BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

366/06

27

„În procesul de educare psihomotrică acțiunile sînt orientate prioritar spre acumularea unor conduite, pe care se clădesc treptat componentele de bază, de apartenență mai mult sau mai puțin instinctive, ceea ce va contribui la formarea unei reprezentări mai corecte despre mișcările corpului și ale segmentelor sale. Pe aceste considerente, preocupările copilului vor trebui orientate, în mod consecvent, spre funcțiile de echilibru, static și dinamic, precum și de coordonare dinamică generală, ca preludiu la integrarea sa socio-familială, ca obiectiv imediat, și socio-productivă, ca obiectiv de perspectivă. O astfel de problematică, etalată succint mai sus, o au în vedere autorii acestei lucrări. Ea se înscrie într-o direcție mai puțin frecventată de teoreticienii și practicienii de la noi și de aceea demersul trebuie aplaudat și valorizat la maximum. Lucrarea se adresează, cu prioritate, studenților și cadrului didactic de la o serie de facultăți de profil (psihopedagogie, educație fizică și sport, medicină etc.), precum și practicienilor din domeniile recuperării și reformării unor funcții psihomotrice. Îi felicităm pe autori și sugerăm preluarea și activarea prețioaselor lor sugestii și recomandări de ordin teoretico-practic.”

prof. univ. dr. Constantin Cucos

## Din cuprins:

- Principalele etape ale evoluției psihomotrice ale copilului
- Organizarea activității educative și reeducative în psihomotricitate
- Schema corporală
- Rolul terapeutului în organizarea și desfășurarea procesului de reeducare
- Jocul și rolul lui în procesul de educare și reeducare psihomotrică

ISBN: 973-611-406-6



[www.euroinst.ro](http://www.euroinst.ro)



INSTITUTUL EUROPEAN